**Estimados**

**Señores**

**………………**

**Presente. -**

Por solicitud de (el) la ……………….. madre (padre) de la niño (a)………………… quienes poseen servicio de salud vigente con ustedes,  en mi calidad de Representante Legal de Pharma Nutrition S.A. me permito **CERTIFICAR** que el producto Neocate LCP prescrito por el Dr. ……….. en Quito al niño (a) ………………….., es usado para pacientes que presentan varias patologías, como base del tratamiento de la alergia a la proteína de leche de vaca, alergia alimentaria, alteraciones en la digestión y absorción de nutrientes, síndrome de intestino corto, fístulas intestinales, nutrición enteral temprana, transición de nutrición parenteral para enteral.

**Neocate** es una fórmula nutricional especial a base de aminoácidos libres que sustituye los nutrientes de la leche y le permite al paciente controlar los síntomas característicos de esta enfermedad, evitando la desnutrición y las posibles complicaciones, las cuales podrían llevar a la muerte.

**La fórmula especial de Neocate constituye la base alimenticia en este tipo de pacientes y** no un complemento nutricional ya que la leche de vaca o materna no es tolerada por los pacientes; de igual forma en este tipo de pacientes el uso de fórmulas sintéticas elementales no permite el control completo de los síntomas.

Por lo antes mencionado el uso de Neocate es restringido y controlado para este y otros pacientes/patologías especiales de tal forma que el reembolso debe existir como lo hacen otras aseguradoras a nivel Nacional.

Sin otro particular.

Atentamente

**Ing. Christian Palacios**

**Representante Legal**

**PHARMA NUTRITION S.A.**

Tel: 244 6542