**Estimados**

**Señores**

**……………………**

**Presente. -**

Por solicitud del Sr.(a) ……………………… padre (madre) del 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 Nutramigen prescrito por el Dr.(a) …………………. pediatra de la ciudad de 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.

Por lo antes mencionado el uso de Nutramigen 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. Angie Goetschel**

**Presidenta Ejecutiva**

**PHARMA NUTRITION S.A.**

Tel: 244 6542