



Suplemento Nutricional Mensual (MNS)

Esta hoja de ayuda está financiada por la Asociación de Ciencias de la Salud de BC y la Fundación del Derecho de BC.

La Alianza de Discapacidad de BC ha preparado esta Hoja de Ayuda para ayudarlo a completar el formulario de solicitud del Ministerio de Desarrollo Social y Reducción de la Pobreza (MSDPR) para el beneficio de Suplemento Nutricional Mensual (MNS).

Lo guiaremos a través del formulario de solicitud paso a paso y le proporcionaremos un modelo de carta para que se la entregue a su médico o enfermera practicante.

Empecemos

El MNS es diferente al Suplemento Dietético mensual para ciertas condiciones de salud y al suplemento nutricional a corto plazo que proporciona productos como Ensure o Boost durante un período de tres meses. Consulte nuestra **Hoja de Ayuda 7: Suplementos de Salud para Personas con Discapacidades**, para obtener información sobre esos suplementos.

No **puede** solicitar el MNS si tiene solo servicios médicos (MSO), es una persona con barreras múltiples persistentes (PPMB) o tiene estatus de asistencia de ingresos regulares, o si depende de una persona con estatus de Personas con Discapacidades (PCD).

Para solicitar el MNS, debe tener la designación de PCD y recibir asistencia de ingresos para PCD. Sin embargo, no todas las personas con estatus de PCD pueden calificar para el MNS.



Lo que obtendrás con el MNS

El Suplemento Nutricional Mensual se divide en dos partes, por un total de \$225 al mes:

1. **Artículos nutricionales: \$180.** Esta parte del beneficio solo se proporcionará si necesita complementar su dieta regular. No puede recibir este suplemento y un suplemento dietético (por ejemplo, una dieta alta en proteínas). Si se le aprueba esta parte del MNS, perderá su suplemento dietético, si tiene uno.
2. **Suplementación vitamínica o mineral: \$45.**

Para calificar para el MNS

Para ser elegible, debe tener una condición de deterioro crónico y progresivo que cause directamente al menos dos de los siguientes síntomas:

- Deterioro significativo de un órgano vital
- Inmunosupresión (moderada a grave)
- Desnutrición
- Pérdida significativa de masa muscular
- Deterioro neurológico significativo
- Pérdida de peso significativa
- Insuficiencia ponderal.

Su médico o enfermera practicante debe indicar que necesita los artículos nutricionales y/o suplementos vitamínicos/minerales para aliviar sus síntomas de emaciación identificados y para prevenir un peligro inminente para su vida. Esto significa que su salud se deteriorará significativamente sin el suplemento nutricional.

Para solicitarlo, comuníquese con MSDPR y solicite un formulario de solicitud de suplemento nutricional mensual. Pídale a su médico o enfermero practicante que complete el formulario y se lo devuelva. Luego, envíe el formulario a MSDPR.

La solicitud al MNS

El formulario de solicitud consta de seis preguntas y espacio para comentarios adicionales, todos deben ser completados por su médico o enfermera practicante. Revisaremos la solicitud, pregunta por pregunta.

Utilizamos ejemplos de solicitantes con diversas condiciones médicas para mostrar cómo se pueden responder las preguntas de la solicitud de MNS. Tenga en cuenta: un solicitante puede tener una afección médica que no se describe en estos ejemplos, y aún así calificar para el MNS.



Pregunta 1

Enumere y describa la(s) condición(es) médica(s) grave(s) del solicitante:

Esta pregunta solicita el diagnóstico del solicitante y una descripción de por qué la afección es grave.

Ejemplo 1: La persona tiene hepatitis C que causa fiebre, náuseas y dolor muscular y articular (y posiblemente cirrosis).

Ejemplo 2: La persona tiene síndrome del intestino irritable con diarrea crónica y estreñimiento.

Ejemplo 3: La persona tiene diabetes complicada por neuropatía, enfermedad renal, retinopatía y problemas digestivos crónicos.

Ejemplo 4: La persona tiene ansiedad severa que causa diarrea o vómitos frecuentes.

Pregunta 2

Como resultado directo de la(s) condición(es) médica(s) grave(s) señalada(s) anteriormente, el solicitante ¿está siendo tratado por un deterioro crónico y progresivo de la salud? En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles y cualquier información sobre los tratamientos, incluidos los informes clínicos o de diagnóstico pertinentes.

Esta pregunta solicita información sobre cualquier tratamiento médico que esté recibiendo, tal como recetas, procedimientos o cirugías, e informes médicos que muestren el deterioro crónico y progresivo de la salud.

Pregunta 3

Como resultado directo del deterioro crónico y progresivo de la salud mencionado anteriormente, ¿presenta el solicitante dos o más de los siguientes síntomas? En caso afirmativo, sírvase describirlo en detalle.

Ejemplo 1: Hepatitis C

- Desnutrición: mala absorción de nutrientes debido a problemas digestivos • Bajo peso: bajo índice de masa corporal (IMC)
- Pérdida de peso crónica significativa: bajó 30 libras en un año
- Pérdida significativa de masa muscular: debilidad muscular generalizada
- Inmunosupresión moderada a grave, susceptible a infecciones frecuentes • Deterioro significativo de un órgano vital: cirrosis.



Ejemplo 2: Síndrome del intestino irritable

- Desnutrición: mala absorción debido a la diarrea crónica
- Pérdida de peso crónica significativa: 25 libras en el último año
- Pérdida significativa de masa muscular: debilidad muscular generalizada.

Ejemplo 3: Diabetes

- Desnutrición: mala absorción debido a diarrea, vómitos y estreñimiento frecuentes
- Degeneración neurológica significativa: neuropatía en pies y manos
- Inmunosupresión moderada a grave: susceptible a infecciones frecuentes de las encías y la vejiga, cicatrización lenta de heridas
- Deterioro significativo de un órgano vital: daño renal, retinopatía.

Ejemplo 4: Ansiedad severa

- Desnutrición: mala absorción debido a la diarrea crónica
- Pérdida significativa de masa muscular: debilidad muscular generalizada
- Degeneración neurológica significativa: problemas de concentración y memoria.

Pregunta 4

Especifique la altura y el peso del solicitante.

La pregunta tiene que ver con el Índice de Masa Corporal de la persona. Sin embargo, es posible tener sobrepeso y seguir necesitando elementos nutricionales, además de la ingesta dietética regular. Además, ciertos medicamentos, como los esteroides y algunos medicamentos usados para tratar los trastornos del estado de ánimo y otros problemas de salud mental, pueden causar aumento de peso. Si usted tiene un peso normal o sobrepeso, y tiene desnutrición por razones de salud, es útil que su médico comente aquí que, aunque usted es normal o tiene sobrepeso, tiene desnutrición.

Pregunta 5

Suplementación con vitaminas y minerales

Este suplemento aborda los síntomas graves dados en la pregunta 3.

Especifique los suplementos vitamínicos o minerales necesarios y la duración prevista de la necesidad.

Se debe enumerar cada suplemento vitamínico o mineral (p. ej., suplemento multivitamínico y mineral, complejo vitamínico B de alta potencia, calcio con vitamina D, vitamina C de alta potencia). La duración de la necesidad debe ser a largo plazo, para calificar para MNS.



Describa cómo este o estos elementos aliviarán los síntomas específicos especificados.

Esta pregunta solicita confirmación de que los elementos son necesarios para aliviar un mayor deterioro de la salud causado por las condiciones de salud graves dadas en la Pregunta 1, que resultan en los síntomas dados en la Pregunta 3. No se requiere un análisis bioquímico.

Describa cómo este artículo o artículos evitarán un peligro inminente para la vida del solicitante.

Esta pregunta solicita confirmación de que su condición médica se encuentra en una etapa en la que se requiere una intervención nutricional para aliviar el deterioro de la salud y los riesgos posteriores para la salud.

Pregunta 6

Artículos nutricionales

Los elementos nutricionales deben ser necesarios para proporcionar una fuente de calorías adicionales además de la ingesta dietética regular. Los artículos para una dieta especial, como orgánicos, vegetarianos o sin gluten, no califican para el MNS.

Especifique los elementos nutricionales adicionales requeridos y la duración esperada de la necesidad:

Se debe enumerar cada fuente de calorías adicionales requeridas además de la ingesta dietética regular (por ejemplo, “Además de la ingesta dietética regular, el solicitante requiere una ingesta diaria de calorías adicionales en forma de productos frescos, pescado, aves de corral y carne roja magra o tres latas de Boost/Ensure/Glucerna o alguna combinación de estas.”).

Ejemplo 1: A una persona con síndrome del intestino irritable se le puede recetar un suplemento calórico diario en forma de productos frescos, pescado y aves de corral.

Ejemplo 2: A una persona con diabetes se le puede recetar un suplemento calórico diario en forma de dos o tres latas de Glucerna.

¿Tiene este solicitante una condición médica que resulta en la incapacidad de absorber suficientes calorías para satisfacer los requisitos diarios a través de una ingesta dietética regular? En caso afirmativo, sírvase describirlo.

La incapacidad de absorber suficientes calorías debe ser el resultado directo de un deterioro crónico y progresivo de la salud.

Ejemplo 1: La persona tiene la enfermedad de Crohn, que causa diarrea crónica severa y estreñimiento que resulta directamente en la mala absorción de nutrientes.



Ejemplo 2: La persona tiene una depresión severa que disminuye su apetito e indirectamente causa pérdida de peso. Esta aplicación no tendría éxito porque la depresión no causa directamente incapacidad para absorber los alimentos.

Describa cómo los elementos nutricionales requeridos aliviarán uno o más de los síntomas especificados en la Pregunta 3 y proporcionarán suplementos calóricos a la dieta regular.

Esta pregunta solicita confirmación de que los artículos son necesarios para proporcionar calorías adicionales para aliviar un mayor deterioro de la salud causado por las condiciones de salud graves dadas en la Pregunta 1, las cuales resultan en los síntomas dados en la Pregunta 3. No se requiere un análisis bioquímico.

Describa cómo los artículos nutricionales evitarán un peligro inminente para la vida del solicitante:

Esta pregunta solicita confirmación de que su condición médica se encuentra en una etapa en la que se requiere una intervención nutricional para aliviar el deterioro de la salud y los riesgos posteriores para la salud.

Comentarios adicionales

Si ya tiene un suplemento dietético mensual, el espacio para Comentarios Adicionales es un buen lugar para que su médico o enfermera practicante mencione que su asignación de dieta no es suficiente para satisfacer su necesidad de suplementos nutricionales.

Derecho de apelación

El suplemento vitamínico y mineral, los artículos nutricionales o ambos pueden ser denegados y usted tiene derecho a apelar. Póngase en contacto con MSDPR inmediatamente después de recibir su denegación si desea apelar. Tal vez desee pedirle a alguien que lo ayude con su apelación.



Carta a los médicos y enfermeras practicantes

Estimado Doctor/Enfermera Practicante:

Su paciente está solicitando el Suplemento Nutricional Mensual (MNS) y necesita su ayuda con la solicitud. Esperamos que tenga la oportunidad de hablar de la solicitud con su paciente antes de completarla. Para calificar para el MNS:

- El solicitante debe tener un deterioro crónico y progresivo de la salud debido a una condición médica grave
y
- El solicitante debe presentar, como resultado directo de un deterioro crónico progresivo de la salud, dos o más de los siguientes síntomas:
 - Desnutrición
 - Situación de bajo peso
 - Pérdida significativa de peso
 - Pérdida significativa de masa muscular
 - Deterioro neurológico significativo
 - Inmunosupresión moderada a grave
 - Deterioro significativo de un órgano vital (especifique)y
- Los artículos solicitados en la solicitud servirán para:
 - aliviar esos síntomas específicos, y
 - Prevenir un peligro inminente para la vida del solicitante (por ejemplo, la condición médica del solicitante se encuentra en una etapa en la que se requiere una intervención nutricional para aliviar el deterioro y los riesgos para la salud posteriores).

En el esquema anterior se describen los principales criterios de elegibilidad para el MNS. Le sugerimos que devuelva el formulario de solicitud a su paciente una vez que lo haya completado, para que pueda llevarlo a la oficina de su Ministerio.

Gracias por su ayuda y cooperación.



**Esta Hoja de Ayuda fue preparada por Advocacy Access,
un programa de la Alianza de Discapacidad de BC.**

Gracias a la Asociación de Ciencias de la Salud de Columbia Británica y a la Fundación del Derecho de Columbia Británica por financiar las Hojas de Ayuda de Beneficios por Discapacidad de BC.

1450-605 Robson St., Vancouver, BC V6B 5J3 • Tel: 604-872-1278 • Fax 604-875-9227
Línea gratuita 1-800-663-1278 • www.disabilityalliancebc.org

La serie completa de hojas de ayuda y todas las publicaciones de DABC están disponibles gratuitamente en:
<https://disabilityalliancebc.org/publications>.



we are all
connected

