

INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE TRATAMIENTOS DE
FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud para la autorización del tratamiento de fertilización asistida deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

1. Prescripción médica legible sin enmiendas ni tachaduras y deberá contener: apellido y nombre de la afiliada, fecha, Obra social, N° de afiliado, DNI, diagnóstico y la indicación del tratamiento, con firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado completo del Centro de fertilización que realizará el tratamiento firmado por el médico especialista, la paciente y su pareja.
3. Formulario S20 (Resumen de historia clínica): que debe completar el médico especialista tratante. Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio aquellos formularios que estén completos en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.
4. Fotocopia de todos los estudios realizados para arribar al diagnóstico.

Importante:

1. La recepción de la documentación solicitada arriba no implica la aprobación del tratamiento. Auditoría Médica evaluará la misma y podrá solicitar su ampliación en caso de considerarlo necesario.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

Fecha: / /

DATOS DE LA BENEFICIARIA

Nombre y Apellido: D.N.I.:

Antecedentes personales y de la pareja:

.....
.....
.....

¿Tienen hijos biológicos en común? SI NO Cantidad.....

Cirugías previas NO SI ¿Cuáles?.....

LISTADO COMPLETO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS REALIZADOS (Adjuntar copia de estudios)

Estudios realizados:

En la mujer Laboratorio Cultivos Serologías hormonales Ecografía ginecológica
Histerosalpingografía ó Histerosonografía Genéticos Otros:.....

En el hombre Espermograma Espermocultivo Genéticos Otros:.....

INTENTOS PREVIOS

Baja complejidad SI NO Indicar cuáles realizó y cantidad de intentos:.....

Alta complejidad SI NO Cantidad de intentos:.....

FIV ICSI OVODONACION CRIOPRESERVACION Indicar cantidad:.....

MOTIVOS POR LOS QUE SE SOLICITA EL TRATAMIENTO (Por favor indicar con una X, según corresponda y justificar debajo)

Desórdenes en la ovulación Alteración en las trompas de falopio Alteraciones uterinas ó peritoneales

Alteraciones masculinas Infertilidad sin causa aparente (ESCA) Criopreservación de embriones

Fallos previos con otras técnicas

Justificación:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FORMULARIO S20

.....
Firma y sello Auditor Médico

.....
Firma, sello y Matrícula Médico tratante