

INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Técnicas de reproducción médicamente asistida

MEDICINA REPRODUCTIVA

A través de este espacio podrás comenzar la solicitud de autorización para el Tratamiento de Fertilidad Asistida. Todos los procedimientos deben ser previamente autorizados de acuerdo a los requisitos y tiempos estipulados por Federada Salud. Deberán ser realizados en los Centros de Fertilidad convenidos y con sus respectivos profesionales habilitados, sin excepción. (Consultar previamente por los mismos).

No se podrá comenzar la estimulación y/o monitoreos si aún no se encuentra autorizado el procedimiento, caso contrario no será responsabilidad de la Mutual.

No se podrá retirar medicación o comprar de manera particular si aún no se encuentra autorizado el procedimiento, caso contrario no será responsabilidad de la Mutual.

REQUISITOS A PRESENTAR PARA ACCEDER A LA SOLICITUD

Documentación a completar por el médico tratante para la autorización de los procedimientos, la asociada deberá hacerlo llegar a Federada Salud en original:

- Planilla "Nota de conformidad para el agente del seguro de salud" aquí deberá dejar en blanco la fecha y también en donde dice Sres.
- Planilla "Declaración jurada de datos personales NO poner fecha
- Planilla "Resumen de historia clínica" debe estar completa por el profesional. no colocar fecha, en caso de ser el primer tratamiento en donde solicitan antecedentes queda en blanco)
- Pedido médico (entregar una copia, porque la original debe entregarla en la clínica junto a la autorización cuando comience el tratamiento)
- Si ya realizó tratamientos previos, presentar informes de embriología
- Copia de los siguientes estudios para ser evaluados por auditoría (no anterior a 6 meses)

— En la mujer:

- Laboratorios con dosaje hormonal de FSH, LH, ESTRADIOL en fase folicular temprana entre día 2 y 4 del ciclo menstrual, y TSH, T4L, HAM
- Cultivo de flujo
- Ecografía Ginecológica
- Histerosalpingografía o Histerosonografía (sólo en caso de hallazgo de alguna patología en una ecografía)

— En el hombre:

- Espermograma con morfología estricta
- Cultivo de semen (sólo en el caso de que el recuento de células redondas sea mayor a 500.000/ml en el espermograma)

Se podrán realizar hasta 3 tratamientos de Alta Complejidad, con intervalos de 3 meses entre cada uno de ellos.

Transferencias diferidas:

Se refiere a los tratamientos en los que habiendo llegado a las siguientes etapas: (estimulación, aspiración de óvulos, fertilización, no realizó transferencia, criopreservó la totalidad de embriones), sólo requerirá de una historia clínica en hoja membretada, donde conste fecha y motivo de la criopreservación y aplazamiento de la implantación de los embriones en fresco. Siempre y cuando no supere el tiempo de 3 meses desde la formación de los embriones.

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

El presente formulario tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

Cualquier omisión y/o falsedad en la formación consignada en el mismo, como así también la falta de comunicación fehaciente y en término, en caso de producirse modificaciones en los datos solicitados, será pasible de las denuncias y sanciones pertinentes de acuerdo al régimen jurídico y a las disposiciones reglamentarias vigentes.

La información requerida debe ser consignada en la letra clara, preferentemente imprenta mayúscula. No se admitirán tachaduras ni enmiendas no salvadas correctamente. En caso contrario los formularios no serán recibidos.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre	DNI	Edad
Grupo N°	Integrante	Fecha de ingreso
Agencia / Localidad	Institución donde realizará la práctica	

DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido y Nombre	DNI	Edad
Entidad que le brinda cobertura	Integrante	Fecha de ingreso
Grupo N°	Integrante	Fecha de ingreso

*En caso de poseer otra cobertura de salud, deberá consignar nombre de su otra obra social o prepaga y condición ante la misma.

CONDICIONES

1) Se informa que todo tratamiento con medicación comenzado sin la autorización previa de Federada Salud, no tendrá ningún tipo de reconocimiento.

2) No encontrándose en riesgo la vida de la persona y no constituyendo una cuestión urgente, se evaluará la solicitud de cobertura dentro de los 15 días de presentada la documentación completa.

3) La medicación será provista en las sucursales de Farmacia de Mutual Federada con cobertura al 100%. Recuerde que, en caso de no contar con una sucursal de Federada Farmacia cercana a su localidad, existe la posibilidad de coordinar el retiro en algunas farmacias convenidas en su localidad o cercanas consultando la viabilidad, con una anterioridad de 72hs hábiles a la sucursal de Federada Farmacia más cercana a usted.

Situaciones especiales: En los casos en los que la URGENCIA haga que se recurra a farmacias externas se reconocerá el 100% del gasto ÚNICAMENTE EN FORMA DE REINTEGRO presentando la siguiente documentación:

- Receta con firma, aclaración del asociado y fecha de dispensa, firmado y sellado por Director Técnico de la farmacia.
- Ticket y/o factura de compra.
- Ticket de dispensación emitido por la farmacia con su correspondiente trazabilidad firmado y sellado por el Director Técnico de la misma o constancia de trazabilidad.
- En caso de corresponder, troquel.

4) Sólo se reconocerán prestadores que tengan convenio con Federada Salud. Los mismos fueron seleccionados de acuerdo a su acreditación en los organismos correspondientes y las tasas de efectividad de sus procedimientos.

5) Para aquellos asociados con una carencia menor a 18 meses, Federada Salud se toma el derecho de derivar al prestador con el que se hará el tratamiento.

6) Federada Salud se reserva el derecho de solicitar todo estudio y/o interconsulta que se entienda como necesaria.

Declaro haber analizado exhaustivamente las condiciones, exigencias formales y sustanciales para solicitar y obtener la autorización de un tratamiento de Reproducción Médicamente Asistida. Asimismo, declaro que el procedimiento al que alude la presente declaración jurada y reglamento no importa arbitrariedad ni ilegitimidad manifiestas en los términos del Art. 43 de la Constitución Nacional.

Fecha de entrega
de la documentación

Firma

Aclaración

D.N.I.

Observaciones: Tachaduras, enmiendas, cambios de tinta, deberán estar salvados con firma y sello del médico tratante (no al dorso).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE LA BENEFICIARIA

Apellido y Nombre Tipo y N° de DNI Fecha de nacimiento Edad

DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido y Nombre Tipo y N° de DNI Fecha de nacimiento Edad

DATOS MÉDICOS

Completar con antecedentes personales y de la pareja.

¿Tienen hijos biológicos en común? No Sí Cantidad _____

Cirugías previas No Sí ¿Cuales? _____

Tratamientos realizados a la fecha

Tipo de tratamiento	Fecha de realización	Resultado	Criopreservación de ovocitos / embriones			
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	

Diagnóstico

TRATAMIENTO SOLICITADO

Indicar prestación solicitada, especificando tecnología y origen de gametos.

FIV		ICSI		IIU		T.E.C	
Orígenes de gametos							
Semen		Homólogo		Heterólogo			
Óvulos		Propio		Donante			

Fecha

Firma y sello médico

NOTA DE CONFORMIDAD PARA EL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD

_____ , _____ de _____ de _____

Sres.

Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Uds. con el objeto de informar mi conformidad para la realización de _____ , indicado por mi médico tratante, el Dr. _____ , con la cobertura de vuestra Obra Social.

Atentamente.

Firma del Asociado

Aclaración

D.N.I.

Firma y sello
del médico

Observaciones: Tachaduras, enmiendas, cambios de tinta, deberán estar salvados con firma y sello del médico tratante (no al dorso).