

## REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA (RMA)

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA

Enviar completo a [auditoriamedica@ospat.com.ar](mailto:auditoriamedica@ospat.com.ar)

Uso interno Reg.: \_\_\_\_\_

#### 1) Datos del solicitante

Apellido y Nombre del afiliado	
Número de afiliado	
Titular o cónyuge	
Delegación	
Fecha de nacimiento/Edad	
DNI	
Teléfonos de contacto	
Mail de contacto	
Fecha de entrega de documentación	
Tipo de Procedimiento	
Institución solicitada para realizar	
Presupuesto (si correspondiera)	

#### 2) Datos de la Pareja:

Apellido y Nombre	
Entidad que le brinda cobertura	
Número de afiliado	
Edad	
DNI	

#### 3) Prescripción médica del procedimiento solicitado.

4) Resumen de historia clínica.

5) Prescripción médica de los medicamentos solicitados.

6) Evaluación psicológica (obligatoria en el caso de donación de gametos).

7) Nombre y Apellido del Profesional actuante y número de teléfono para contacto:

.....

8) HISTORIA CLÍNICA **COMPLETA** DE LA PAREJA:

Diagnóstico

Tipo de infertilidad (primaria/secundaria)

Tiempo de infertilidad

Número de procedimiento

Tratamientos previos realizados de baja y alta complejidad

Fecha	Procedimiento	Lugar	Resultado

9) ANTECEDENTES PERSONALES

a) Cirugías en la mujer (procedimiento, fecha y diagnóstico)

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

b) Cirugías en el hombre (procedimiento, fecha y diagnóstico)

.....

.....  
 .....

c) Enfermedades pasadas y actuales (descripción y tratamiento)

.....  
 .....

d) Medicación en uso actualmente (droga y dosis)

.....  
 .....

10) ANTECEDENTES FAMILIARES (principalmente DBT, HTA, Cáncer, etc.)

.....  
 .....

11) ESTUDIOS REALIZADOS (Adjuntar fotocopias. Todos los estudios deben tener una validez inferior a los 6 meses de realizados)

**Mujer:**

1. Electrocardiograma con riesgo quirúrgico
2. Estudios de sangre

	Resultado/fecha	Resultado/fecha	Resultado/fecha
Hemograma			
Glucemia			
Creatinina			
Acido Úrico			
Hepatograma			
Coagulograma			
Grupo y Factor			

VDRL			
CMV IgG			
CMV IgM			
Hepatitis B			
Hepatitis C			
HIV			
Rubeola			
FSH			
LH			
Estradiol			
Prolactina			
Hormona Antimulleriana (eventual)			
TSH			
T4 Libre			

3. Cariotipo por banda G (eventual)
4. Papanicolaou (validez 1 año)
5. Mamografía o ecografía mamaria según edad y antecedentes (validez 1 año)
6. Histerosalpingografía (si correspondiera)
7. Cultivo moco cervical (Gérmenes comunes, Ureaplasma, Micoplasma y Chlamydia)
8. Vacuna antitetánica vigente
9. Ecografía transvaginal

**Hombre:**

1. Espermograma

	Resultado/fecha	Resultado/fecha	Resultado/fecha	Resultado/fecha
--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Lugar				
Volumen				
Concentración				
Concentración/ml				
Movilidad				
Morfología				
Test túnel (eventual)				

2. Cultivo de orina y semen (Gérmenes comunes, Ureaplasma, Micoplasma y Chlamydia)

3. Cariotipo y Bando G (eventual)

4. Análisis sangre

Estudio	Resultado/fecha	Resultado/fecha	Resultado/fecha
Hemograma			
Glucemia			
Creatinina			
HIV			
VDRL			
Hepatitis B			
Hepatitis C			
CMV IgG			
CMV IgM			
Grupo y factor			

**Nota: se informa que todo tratamiento con medicación comenzado sin la**

autorización previa de OSPAT, no tendrá ningún tipo de reconocimiento.

ENVIAR TODA LA DOCUMENTACIÓN A [auditoriamedica@ospat.com.ar](mailto:auditoriamedica@ospat.com.ar)

Adjuntar también fotocopias de:

- DNI de ambos integrantes de la pareja
- Credenciales de afiliación a la obra social
- Todos los estudios realizados
- Presupuesto (si correspondiera)

.....  
Firma y Sello del Profesional Solicitante

.....  
Fecha

.....  
Recibido por Delegación

.....  
Fecha

.....  
Firma y Sello del Médico de Delegación

.....  
Fecha

.....  
Auditor Central

.....  
Fecha