

REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA (RMA)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA

Enviar completo a 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

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