

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA ACCEDER A LA SOLICITUD

- Declaración Jurada de Datos Personales completo (en original).
- Prescripción Médica (en original).
- Formulario FORMFA1 (en original).
- Nota de Conformidad dirigida al Agente del Seguro de Salud
(voluntarios: Federada Salud/obligatorios: Obra Social desreguladora) (en original).
- Informes de estudios previos con hasta 6 meses de antigüedad
(dependiendo de la patología y en copia):

– En la mujer:

- Laboratorio
- Cultivos
- Serologías hormonales
- Histerosalpingografía o Histerosonografía
- Ecografía Ginecológica

– En el hombre:

- Espermograma con morfología estricta computarizado
- Cultivo de semen

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		
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 60 días de presentada la documentación completa.

3) La medicación será provista en las sucursales de Farmacia de Mutual Federada con cobertura al 100%.

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 Medicamente 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

FORMULARIO DE
FERTILIDAD ASISTIDA
FORMFA 1

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

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

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 con respecto a la prestación _____ a efectuar.

Atentamente.

Firma

Aclaración

D.N.I.

Firma y sello
del médico