

# DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA

---

## **Cobertura 100 %, vía autorización.**

Dirigida a las **parejas** de afiliados con diagnóstico de Infertilidad, con el objetivo principal de brindar la cobertura necesaria que permita la concepción de un hijo biológico dentro de la pareja constituida.

Se brinda cobertura a todas las personas mayores de edad **hasta los 44 años** (con ovulos propios: Resolución 1045/2018). Los afiliados **adherentes** deben tener **dos años** de afiliación.

## **Documentación a presentar por la afiliada**

- Documentación básica: fotocopias de: credencial del afiliado titular y del familiar a cargo, frente y dorso del DNI de ambos y último recibo o comprobante de cobro de haberes, o último recibo de pago en caso de afiliados adherentes.
- Certificado de buena salud psicofísica emitido por médico clínico (no ginecólogo) que acredite presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas, el tratamiento recibido de las mismas, especificando que se encuentra en condiciones de someterse al tratamiento de FA solicitado.
- Acreditación mediante DNI de **residencia en la provincia de Córdoba** por el plazo mínimo de **dos años**.
- Laboratorio de análisis clínicos de rutina.
- Serologías (VHC, VHB, HIV y VDRL).
- Dosajes hormonales (FSH, LH, Estradiol, Progesterona, Prolactina, TSH, Hormona Antimülleriana).
- Investigación cérvico vaginal (Microplasma Hominis, Chlamydia Trachomatis, Ureaplasma Urealyticum).
- Estudios ginecológicos de control anual (Ecografía ginecológica, PAP, Ecografía mamaria y/o mamografía en afiliadas de más de 35 años).
- Histerosalpingografía.
- Copia de protocolos de procedimientos de Fertilización Asistida anteriores fallidos, si los hubiera.

## **Documentación a presentar por la pareja de la afiliada**

- Espermograma completo con Kruger.
- Certificado de buena salud psicofísica emitido por médico clínico.
- Laboratorio de análisis clínicos de rutina.
- Serologías (VCH, VHB, HIV y VDRL).

## **Documentación a presentar por el Centro Prestador**

- Indicación médica del Módulo de Alta o Baja Complejidad y el protocolo de medicación elegido para la paciente. Especificar diagnóstico etiológico de Esterilidad.
- Recetas con la medicación indicada y copias de las mismas.
- Amplio resumen de Historia Clínica. Especificar antecedentes gineco-obstétricos y diagnóstico de infertilidad.
- Consentimiento informado.

## **FERTILIZACIÓN ASISTIDA PARA MUJER SOLA**

### **Documentación a presentar por la afiliada**

- Documentación básica: fotocopias de: credencial del afiliado titular y del familiar a cargo, frente y dorso del DNI y último recibo o comprobante de cobro de haberes, o último recibo de pago en caso de afiliados adherente.
- Certificado de buena salud psicofísica emitido por médico clínico (no ginecólogo) que acredite presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas, el tratamiento recibido de las mismas, especificando que se encuentra en condiciones de someterse al tratamiento de FA solicitado.
- Acreditación mediante DNI de residencia en la provincia de Córdoba por el plazo mínimo de dos años.
- Copia de protocolos de procedimientos de Fertilización Asistida anteriores fallidos, si los hubiera.
- Laboratorio de análisis clínicos de rutina.
- Serologías (VHC, VHB, HIV y VDRL).
- Dosajes hormonales (FSH, LH, Estradiol, Progesterona, Prolactina, TSH, Hormona Antimülleriana).
- Investigación cérvico vaginal (Microplasma Hominis, Chlamydia Trachomatis, Ureaplasma Urealyticum).
- Estudios ginecológicos de control anual (Ecografía ginecológica, PAP, Ecografía mamaria y/o mamografía en afiliadas de más de 35 años).
- Histerosalpingografía.

### **Documentación a presentar por el Centro Prestador**

- Indicación médica de procedimiento de Alta o Baja Complejidad y protocolo de medicación elegido para la paciente, indicando que es con semen de donante, en donde figure el centro en que se realizará la práctica. Especificar diagnóstico etiológico de Esterilidad.
  - Amplio resumen de historia clínica donde se especifiquen los antecedentes gineco-obstétricos y diagnóstico de infertilidad.
  - Consentimiento informado.
  - Presupuesto del banco de semen que proveerá el vial al centro.
-

# Aclaraciones importantes

- En el caso de las parejas donde solo un integrante de la misma es afiliado, se cubren las prácticas diagnósticas y terapéuticas de Fertilización Asistida solo al afiliado a esta Obra Social.
- Los afiliados adherentes, pueden acceder a la cobertura de Fertilización Asistida a partir de los 2 (dos) años de su ingreso a la Obra Social.
- Dado que la Infertilidad Humana es considerada por la OMS como una enfermedad, **reconocemos la misma como preexistencia** y no incorporamos como afiliados adherentes a los pacientes que al momento de solicitar la afiliación, presenten dicho diagnóstico.
- La cobertura en Fertilización Asistida exige la evaluación previa y su autorización por parte de la auditoría médica especializada de Obra Social.
- No se efectúan reintegros ni reconocimiento alguno por tratamientos realizados en establecimientos o consultorios fuera de nuestros prestadores.

## **Condiciones especiales en las que NO se otorga cobertura de Fertilización Asistida**

- Enfermedad crónica de la mujer que pueda agravarse con el embarazo.
- De tener hijos alguno de los miembros de la pareja, previo al tratamiento.
- Enfermedad de transmisión vertical en etapa aguda o activa de alguno de los integrantes de la pareja.
- Transferencia embrionaria. No se reconocerá como única práctica. Se considera como parte del procedimiento de FIV
- Crio preservación de embriones- ovulos.
- Utilización de útero de otra persona.
- Cobertura de PGD (Diagnóstico Genético Preimplantatorio). Se autorizará sólo en el caso de enfermedad de alteración genética.
- Selección embrionaria.
- Los afiliados que habiéndosele autorizado prácticas de Fertilización Asistida con anterioridad y hayan completado los topes prestacionales contemplados por la presente normativa, no obtienen cobertura.
- No se reconocerá ningún tratamiento por la vía de reintegro. La cobertura exige la evaluación previa y su autorización por parte de la Auditoría médica.
- No se autorizarán tratamientos realizados fuera de los Establecimientos acreditados.

## **La cobertura se rige según ley:**

**<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/157263/20170104>**