



PRIMER TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA REQUISITOS O.S.P.A.C. SEGÚN LEY 26.862.-

1. Indicación en recetario médico del Tipo de Tratamiento solicitado por médico especialista en Reproducción Humana.-
2. Historia Clínica que justifique el Tratamiento, describiendo si se trata de esterilidad primaria o secundaria, tiempo de búsqueda de embarazo y edad de los pacientes. En caso de haber realizado Tratamientos previos, describir los mismos, fecha de realización, cantidad de intentos y resultados obtenidos (por ejemplo: estímulos de la ovulación realizados, número de inseminaciones realizadas, ciclos cancelados, número de Tratamientos de Baja y Alta Complejidad realizados, embriones obtenidos, transferidos, congelados, etc.).-
3. Tipo y dosis estimada de medicación a utilizar.-
4. Presupuesto del lugar potencial de realización del Tratamiento.-
5. Adjuntar copia de estudios básicos realizados para justificar la indicación (conforme Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva):
 - Factor uterino y tubario: Histerosalpingografía, Histerosonografía y/o Video laparoscopia o Histeroscopia (con protocolo o resumen del Profesional solicitante).-
 - Factor ovárico: laboratorio hormonal de reserva ovárica y ovulación.-
 - Factor masculino: Espermogramas de centro especializado en Reproducción Humana.-
6. Copia de otros estudios realizados según corresponda a la patología.-
7. Declaración Jurada del Afiliado y del Cónyuge o conviviente donde conste si poseen otra cobertura de salud.-
8. En caso de poseer otra Cobertura de Salud, deberá presentar la solicitud del Tratamiento realizada ante su otra Obra Social o Prepaga.-
9. Consentimiento informado.-



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Aclaraciones:

Todas las solicitudes serán evaluadas de acuerdo al nuevo protocolo establecido por O.S.P.A.C. aún aquellas que hayan sido autorizadas antes de la vigencia de la Ley.-

O.S.P.A.C. se reserva el derecho de solicitar todo estudio o interconsulta que entienda sea necesaria.-

No encontrándose en riesgo la vida de la persona y no constituyendo una cuestión urgente, O.S.P.A.C. evaluará la solicitud de cobertura en el tiempo que cada solicitud lo requiera.-



Declaración Jurada: Datos Personales del Afiliado.-

1) El presente formulario tiene carácter de DECLARACION JURADA. Cualquier omisión y/o falsedad en la información 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 vigente y a las disposiciones reglamentarias de la O.S.P.A.C.-

2) La información requerida debe ser consignada, sin excepción alguna, en los formularios con formato definido entregados por la O.S.P.A.C. La letra debe ser clara, preferentemente imprenta mayúscula. No se admitirán tachaduras ni enmiendas no salvadas correctamente. En caso contrario, los pertinentes formularios, no serán recibidos por la OSPAC.-

Nombres y Apellido:.....Nro.Afil:.....

Fecha de Nacimiento:..... D.N.I..... Estado Civil:.....

Localidad:..... Teléfonos:.....

Correo electrónico:.....

Afiliación a otra Obra Social:.....

Nº Afiliado otra Obra social:.....

Constancia de afiliación: (Acompañar copia de la Credencial de Afiliación).-

Estado de trámite sobre Gestión de cobertura Reproducción Asistida en otra Obra Social y respuesta si la hubiere.-



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Médico Tratante

Profesional responsable del Tratamiento:.....

Especialidad:.....

Matrícula:..... Tipo y Nro.Doc.:.....

Domicilio:.....

Teléfonos:.....

Institución donde realizará las prácticas:.....

Firma:

Aclaración:

Nº de Afiliado:

Fecha:



Declaración Jurada: Datos Personales del Cónyuge o Conviviente.-

1) El presente formulario tiene carácter de DECLARACION JURADA. Cualquier omisión y/o falsedad en la información 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 vigente y a las disposiciones reglamentarias de la O.S.P.A.C.-

2) La información requerida debe ser consignada, sin excepción alguna, en los formularios con formato definido entregados por la O.S.P.A.C. La letra debe ser clara, preferentemente imprenta mayúscula. No se admitirán tachaduras ni enmiendas no salvadas correctamente. En caso contrario, los pertinentes formularios, no serán recibidos por la O.S.P.A.C.-

Nombres y Apellido:..... Nro.Afil.:.....

Fecha de Nacimiento:..... D.N.I..... Estado Civil:.....

Localidad:..... Teléfonos:.....

Correo electrónico:.....

Afiliación a otra Obra Social:.....

Nº Afiliado otra Obra social:.....

Constancia de afiliación: (Acompañar copia de la Credencial de Afiliación).-

Estado de trámite sobre Gestión de cobertura Reproducción Asistida en otra Obra Social y respuesta si la hubiere.-



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Médico Tratante

Profesional responsable del Tratamiento:.....

Especialidad:.....

Matrícula:.....Tipo y Nro.Doc.:.....

Domicilio:.....

Teléfonos:.....

Institución donde realizará las prácticas:.....

Firma:

Aclaración:

Nº de Afil. Cónyuge:

Fecha:



Consentimiento Informado para

Tratamientos de Reproducción Asistida.-

Quien suscribe,.....afiliada a la Obra Social para los Profesionales del Arte de Curar (O.S.P.A.C.) Nro.en ocasión de solicitar cobertura de Tratamiento de Reproducción Asistida, en el marco de la Ley Nro. 28.862 y decreto reglamentado Nro. 956/13, afirmo que:

- Se ha brindado información completa por parte del profesional actuante y centro tratante en relación a las diferentes técnicas de reproducción asistida, con descripción concreta de las etapas que deben cumplimentarse en cada una de ellas, riesgos y obligaciones a cargo para conseguir el objetivo del tratamiento.-
- No existe garantía de éxito en el tratamiento correspondiente en la consecución de un embarazo viable.-
- Existen riesgos relacionados a los procedimientos (hiperestimulación ovárica, embarazo tubárico, torsión ovárica y otras patologías).-
- Existe riesgo de embarazo múltiple asociado al tratamiento, así como defectos o malformaciones del nacimiento.-
- Se conoce el derecho al retiro voluntario del tratamiento hasta el momento anterior al inicio de la inseminación en tratamientos de baja complejidad, y hasta antes de la implantación del embrión en los tratamientos de alta complejidad.-
- Se entiende el alcance y obligaciones legales y éticas de la utilización de gametos heterólogos.-
- Este consentimiento sólo es válido para un ciclo de tratamiento.-
- Se conoce y acepta el marco y alcances de cobertura dispuesto por la O.S.P.A.C.-

De acuerdo a lo manifestado, presto mi consentimiento para la realización de (marcar la opción que corresponda):

- | | | |
|--|----|----|
| ▪ Inducción de Ovulación. | SI | NO |
| ▪ Inseminación Artificial Intrauterina. | SI | NO |
| ▪ FIV/ICSI. | SI | NO |
| ▪ Congelación y Crío preservación Embriones. | SI | NO |
| ▪ Descongelación y Transferencia de Embriones. | SI | NO |
| ▪ Provisión de Semen Heterólogo. | SI | NO |
| ▪ Ovodonación. | SI | NO |



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Importante:

Los Afiliados que presentaron adecuadamente la documentación solicitada para cualquier tipo de Tratamiento de Reproducción Asistida; que haya sido evaluada y aprobada la cobertura del Tratamiento por O.S.P.A.C. se enviará el Presupuesto y la Autorización correspondiente al Prestador elegido vía e-mail con copia de la misma los Afiliados.-

Observaciones:

Si ambos solicitantes son afiliados a O.S.P.A.C., el cónyuge o conviviente, debe completar lo siguiente:

Firma:

Aclaración:

Nº de Afiliado:

Fecha:

Firma:

Aclaración:

Nº de Afil. Cónyuge:

Fecha:



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Nuevos y Sucesivos Tratamientos de Reproducción Asistida.

Requisitos O.S.P.A.C. según Ley 26.862.-

En caso de haber realizado un Tratamiento anterior que fue autorizado por O.S.P.A.C., deberá presentar:

- Indicación del nuevo Tratamiento solicitado por el médico tratante aclarando si se trata de un segundo o tercer tratamiento.-
- Resumen de Historia Clínica y Resultados del Tratamiento realizado.-
- Presupuesto y lugar potencial de realización.-

Aclaraciones:

Si el Tratamiento fue de Baja Complejidad*(Ins. Intrauterina).-

- Fecha de realización.-
- Tipo de estímulo de la ovulación realizado.-
- Si se utilizó semen homólogo o de banco.-
- Si hubo embarazo: si se trató de un embarazo químico, si terminó en aborto espontáneo o terminó con parto a término.-

Si el Tratamiento fue de Alta Complejidad* (FIV o ICSI).-

- Fecha de realización.-
- Tipo de tratamiento realizado.-
- Tipo de estímulo de la ovulación realizado.-
- Número de óvulos obtenidos, número de embriones fecundados, número de embriones transferidos y calidad de los mismos, número de embriones congelados.-
- Si se utilizó semen homólogo o de banco de semen.-
- Si hubo embarazo: si se trató de un embarazo químico, si terminó en aborto espontáneo o terminó con parto a término.-



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Si el trata de solicitud de Crio-preservación,
Descongelación y Transferencia de Embriones.-

- Fecha de realización.-
- Número de óvulos obtenidos, número de embriones fecundados, número de embriones transferidos y calidad de los mismos, número de embriones congelados.-
- Si hubo embarazo: si se trató de un embarazo químico, si terminó en aborto espontáneo o terminó con parto a término.-



Caja de Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la provincia de Santa Fe
Ley 12.818

Medicamentos utilizados en Tratamientos de Reproducción
Asistida.-
Sistema Conexión Plus
Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Santa Fe.-

Los Afiliados que inician Tratamientos de Reproducción Asistida y necesitan medicación, deben solicitar a sus médicos tratantes que ingresen el protocolo de la medicación propuesta a través del Sistema Conexión Plus, al cual estamos adheridos.

El Sistema Conexión Plus se accede desde la web <http://protocolos.cnxplus.com.ar>

En caso de no contar con el alta en el sistema, se solicita contactarse con el Colegio de Farmacéuticos para que les envíen un formulario de alta y los capaciten en el uso.

El número de contacto es +54 11 (15) 22470915 o por e-mail a: prescripcionelectronica@colfarsfe.org.ar

Una vez ingresado el protocolo, será evaluado por la Auditoría especializada de O.S.P.A.C., junto con el resto de la documentación del tratamiento que se presenta en O.S.P.A.C.-

Las recetas que están permitidas son: receta manual, receta digital común o receta electrónica a través del Sistema Conexión Plus (una vez que el tratamiento esté autorizado).-

La medicación se brindará por provisión, no a través de autorización especial de O.S.P.A.C., es decir, a partir del momento en que los afiliados presentan la receta en farmacia, será gestionada por la misma y solicitada para ser provista, dentro de los tiempos que este circuito requiere, la entrega no es inmediata.-

Se informa también que O.S.P.A.C. NO realizará REINTEGROS DE MEDICAMENTOS, ya que la dispensa de los mismos queda a cargo del convenio con el Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Santa Fe. Por tal motivo solicitamos el compromiso y la responsabilidad de todos los actores de este circuito. Muchas gracias.-