

SOLICITUD DE BENEFICIO DE SUBSIDIO MUTUAL POR CONTRIBUCIÓN PARA GASTOS POR TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA

_____, ____ de _____ de 20____
(Localidad. Día. Mes. Año)

Señor Presidente

El que suscribe, _____
Beneficiario/a del Sistema Subsidio Mutual y de acuerdo a la Res. N° 2189/12, solicito a Ud., quiera tener a bien otorgarme el Subsidio por contribución para gastos por tratamiento de fertilización asistida.

Datos del afiliado/a Titular

Matrícula N° _____/____

N° de Documento _____

N° Celular _____

Correo Electrónico _____

Datos bancarios:

Banco _____ N° de Cuenta _____

CBU _____

Datos del cónyuge del Afiliado/a Titular

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ D.N.I _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR - Resolución N° 2189/12

- Formulario anexo para contribución por tratamiento para fertilización asistida
- Estudios realizados (dosajes hormonales, histerosalpingografía, espermograma, etc) que acrediten causas anatómicas o fisiológicas del impedimento
- Fotocopia de primer y segunda hoja del DNI, de los conyugues
- Manifestación de cobertura de salud
- Comprobantes de gastos pagados y/o presupuesto del intento

(*) En caso de requerirse ampliación de documentación, por parte de Caja Prever, se le comunicará y solicitará al Afiliado.

Firma y Aclaración

IMPORTANTE:

- Para todos los beneficios es condición necesaria **estar al día con el Resumen Mensual de Cuentas y con los Aportes Previsionales**
- Poseer matrícula Habilitada en el Colegio Correspondiente
- Haber cumplido con el período de carencia conforme a lo establecido en el Art. 6º (Afiliados que ingresen por primera vez: 12 (doce) meses inmediatos anteriores al hecho generador del beneficio; Afiliados que reingresen al sistema por rehabilitación de la matrícula: 6 meses inmediatos anteriores al hecho generador del beneficio)
- Se establece un plazo general de 180 días corridos, desde que se produce el hecho para solicitar el mismo

ANEXO CONTRIBUCIÓN POR TRATAMIENTO PARA FERTILIZACIÓN ASISTIDA

1) HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta:

Estudios Realizados:

Diagnostico

Tratamiento Indicado:

Medicación indicada para preparación del tratamiento:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ASISTENTE

3) OTROS DATOS

a) Certificado de Matrimonio o Declaración sumaria de Convivencia

b) Tienen Hijos biológicos en Común: SI NO Cuántos: _____

c) Cuenta con Cobertura de Obra Social/Prepaga: SI NO Cuál: _____

d) Presenta Presupuesto Fertilización Asistida (FIV o ICSI): SI NO

e) Presenta Factura/Recibo en Original: SI NO

f) Ha solicitado antes el beneficio de Contribución: SI NO Cuándo _____

g) Importe Solicitado para Reintegro en Peso: _____

▪ Importe de Medicamentos: _____ Cantidad de Comprobantes _____

▪ Importe por Procedimiento: _____ Cantidad de Comprobantes _____

FIRMA Y SELLO DEL AFILIADO