

## **INTERIOR - SOLICITUD DE COBERTURA**

### **REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA**

#### **Requisitos a presentar:**

1). *Nota de solicitud de cobertura.* En la misma deberán constar los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI de ambos integrantes de la pareja.
- Número de afiliado.
- Correo electrónico para recibir la respuesta (Si no posee correo electrónico anotar el domicilio actual del remitente).
- Firma y aclaración de ambos integrantes de la pareja.

2). *Solicitud Fertilización Medicamente Asistida “Historia Clínica Reproductiva”* completa en su totalidad según lo detallado en la misma para ambos integrantes de la pareja, emitido por profesional tratante de cartilla u Hospital Público.

3). Fotocopia de los informes de estudios médicos consignados en la Historia Clínica Reproductiva

4). Fotocopia de D.N.I. y carnet de ambos integrantes de la pareja.

5). En caso de extranjeros, presentar Certificado de Residencia.

NOTA: La documentación requerida debe ser de ambos integrantes de la pareja.

El trámite que usted está iniciando es para ser evaluado por Auditoría Médica en cumplimiento de las Leyes vigentes.

Cualquier consulta sobre el trámite, deberá hacerla vía mail incluyendo el número de expediente a:

gerenciadesalud@unionpersonal.com.ar