

## ANEXO I

### PROGRAMA DE REPRODUCCION ASISTIDA

Este Programa contiene las prestaciones a cargo de la Obra Social en cuanto a la Fertilización Médicamente Asistida o Reproducción Asistida, utilizando procedimientos y técnicas con asistencia mecánica para la consecución de un embarazo, dirigido a todas aquellas afiliados que soliciten el ingreso al Programa, bajo el cumplimiento de requisitos administrativos estipulados para tal fin y acreditación de ciertos criterios médicos preestablecidos.

Se dividen en Procedimientos de Baja y Alta Complejidad.

La dependencia orgánica y funcional del Programa, se encuentra bajo la órbita de la Dirección de Atención de la salud.

Los tratamientos de Baja y Alta Complejidad, serán autorizados para su realización en Efectores Privados que mantienen Convenio con la Obra Social y bajo el sistema Modulado y Cupificado.

Con la finalidad de una mejor prestación de servicios a nuestros afiliados sin descuidar la correcta distribución de los recursos financieros de la Obra Social, se establece la reformulación del Programa con la incorporación de las siguientes instancias:

#### A- Área de Auditoría Médica

##### Funciones

1° Autorizar los módulos de las practicas de baja complejidad y de alta complejidad de Fertilización Médicamente Asistida de la OSEP solicitados, de acuerdo a los criterios de inclusión administrativos y médicos establecidos en la norma.

Tener en cuenta que la paciente que tiene enfermedades prevalentes debe presentar evaluación y autorización de médico tratante que permita realizar tratamiento de fertilidad.

2° Emitir orden de prestación para iniciar tratamiento (baja o alta complejidad).

3° Los prestadores convenidos se encargaran del manejo de la lista de espera de acuerdo a los cupos que se autorizan por mes.

4° Auditar en terreno los tratamientos de baja y de alta complejidad.

3° Realizar informes estadísticos, para ser elevados a la autoridad competente.

#### B- Creación de una Comisión Asesora de Fertilidad

Integrada por un Equipo Interdisciplinario, constituida por un representante de la Dirección de Atención de la Salud, un representante de la Dirección de Patologías Complejas, un representante de la Dirección de Asuntos Jurídicos, un representante de Trabajo Social, de Salud Mental y un Médico Especialista en Gineco - Obstetricia y Fertilidad Asistida, como miembros permanentes y se solicitará la presencia de representantes de otras áreas según el caso lo amerite como el

Área de Convenios, el Comité de Ética, la Gerencia de TIC's, entre otros; Cuya designación estará a cargo de los Directores de Área.

Como también podrá dar intervención al Comité de Bioética si así lo ameritara el caso.

##### Funciones

1° - Evaluar toda aquella solicitud de cobertura, amparada por la Ley Nacional N° 26862 y su Decreto Reglamentario N° 956/2013, que no se encuentre encuadrada en las prestaciones moduladas y convenidas de la presente norma.

2° - Sugerir las modificaciones a la normativa vigente, a fin de mejorar la calidad de la prestación en beneficio de nuestros afiliados.

3° - Deberá constituirse en asamblea una vez por semana inicialmente y de acuerdo a la demanda; tendrá que designar un Secretario de Actas y llevará un libro de Actas foliado con las conclusiones de cada caso.

#### C- Crear Pantalla de Registración en SISAO

Se hace necesario el trabajo con el Área de TIC's para lograr la carga en el SISAO, de las pacientes a las que se autorice la/las practicas y también considerando la generación de nuevos convenios con Instituciones Privadas.

## ANEXO II

### MÓDULOS DE BAJA COMPLEJIDAD

#### I - Módulos Diagnósticos

I A1- Primera Consulta	\$ 400,00
(Incluye: evaluación del caso, asesoramiento, solicitud de estudios diagnósticos)	
I A2- Segunda Consulta	\$ 250,00
Incluye Consulta de Control y Seguimiento	\$ 800,00
a) Espermomigración + Ecografía transvaginal	\$ 800,00
(test.post coital).	

b) Espermograma especializado (incluye estudio inmunológico y prueba de recuperación post swin up o gradiente de densidad) \$ 800,00

c) Aspiración percutánea de epidídimo \$ 9.200,00

(Incluye: Criopreservación de espermatozoides por 4 meses)

En caso de no encontrar espermatozoides se factura el 40% del módulo, sala de recuperación, insumos de quirófano

- Excluye: honorarios de anestesia.

Nota: Necesita autorización previa debe traer certificación de diagnóstico de Azoospemia.

d) Biopsia de testículo (10.05.07) \$12.500,00

(Incluye: Criopreservación de espermatozoides por 4 meses)

En caso de no encontrar espermatozoides se factura el 40% del módulo, sala de recuperación, insumos de quirófano -

Excluye: honorarios de anestesia).

Nota: Necesita autorización previa debe traer certificación de diagnóstico de Azoospemia.

En caso de que la aspiración percutánea de epidídimo derive en biopsia de testículo se facturará únicamente la biopsia de testículo con auditoria de terreno correspondiente.

I B Exámenes Complementarios

I B 1- Factor Femenino

a) Perfil Hormonal (va por cartera fija Asociación Bioquímica).

b) Hormona Antimulleriana (va por prácticas de alta complejidad

Asociación Bioquímica con autorización previa por auditoria) \$ 1.050,00

c) Histerosalpingografía (va por convenio de RX--34-06-04) \$ 200,00

d) Histerosonografía \$ 1000,00

II - Módulos Terapéuticos

IIA - Estimulación Ovárica con coito programado \$ 2.400,00

Incluye: Monitoreo Ecográfico transvaginal

Excluye: fármacos para estimulación hormonal que se proveerán por planes especiales.

IIB - Inseminación

Intrauterina Homóloga \$ 6.000,00

Incluye:

-Monitoreo ecográfico transvaginal

-Preparación del semen swin up o gradiente

-Inseminación Intrauterina

-Insumos necesarios para el procedimiento.

-Sala de recuperación

Excluye: fármacos para estimulación hormonal que se proveerán por planes especiales.

Nota: Las prácticas tendrán una cobertura a cargo de la OSEP del 75% y a cargo del afiliado del 25% Los medicamentos tendrán una cobertura del 100% a cargo de OSEP por planes especiales.

La estimulación ovárica para tratamientos de baja complejidad incluye la siguiente medicación:

-Clomifeno 50mg x 20 comprimidos.

-HMG (FSH+LH) 75 UI x 3 amp.

-Gonadotrofina coriónica 5000 x 1 amp.

-Progesterona 200 x 15 caps.

Los tratamientos de baja fertilidad tendrán 6 cupos mensuales con tres intentos en un semestre. (Art. 8°)

ANEXO III

FERTILIDAD ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

Valor total del tratamiento de FAAC

(Fertilidad Asistida de Alta Complejidad): \$ 35.000,00

III A - Módulo de Estimulación ovárica Módulo III A-1: Primer Intento: 30% de la FAAC -

A cargo de OSEP

100% \$ 10.500,00

Coseguro \$ 0,00

Valor total Módulo \$ 10.500,00

Módulo III A-2: Segundo Intento:

30% de la FAAC -

A cargo de OSEP

75%	\$ 7.875,00
Coseguro	\$ 2.625,00
Valor total Módulo	\$ 10.500,00

Módulo III A-3: Tercer Intento: 30% de la FAAC -  
A cargo de OSEP

50%	\$ 5.250,00
Coseguro	\$ 5.250,00
Valor total Módulo	\$ 10.500,00

Incluye: Todos los honorarios y gastos profesionales del equipo interviniente en el seguimiento clínico y ecográfico, consultas y seguimiento ecográfico, laboratorio, material descartable, medios de cultivo, estudios de laboratorio de fertilidad necesarios para el/los procedimientos, sala de recuperación excepto lo expresamente excluido.

NOTA: Cuando el ciclo se cancela en esta Etapa y no se realizó la aspiración, se factura únicamente este módulo.

III B - Módulo de Aspiración y FIV / ICSI

Módulo IIIB-1: Primer Intento: 60% de la FAAC -  
A cargo de OSEP

100%	\$ 21.000,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 21.000,00

Módulo IIIB-2: Segundo Intento:

60% de la FAACA  
cargo de OSEP

75%	\$ 15.750,00
Coseguro	\$ 5.250,00
Valor total Módulo	\$ 21.000,00

Módulo IIIB-3: Tercer Intento: 60% de la FAAC -

A cargo de OSEP

50%	\$ 10.500,00
Coseguro	\$ 10.500,00
Valor total Módulo	\$ 21.000,00

Incluye: - Honorarios y gastos de todos los profesionales intervinientes, laboratorio de gametos y preembriones, ecografías, estudios de laboratorio de fertilidad necesarios para el/los procedimientos, sala de recuperación, medicamentos, materiales descartables y medios de cultivo necesarios para los siguientes pasos, excepto los expresamente excluidos:

a- Preparación del semen (mejorado y cultivo de espermatozoide, Swim Up/Percoll).

b- Aspiración folicular ovárica por punción controlada por ecografía.

c- Clasificación y mantenimiento en medio de cultivo de ovocitos.

d- Procedimientos de fertilización en laboratorio (FIV/ICSI).

e- Control de la fertilización ovocitaria y del crecimiento embrionario.

NOTA: Este Módulo retribuye todos los pasos descriptos "ut-supra", siempre que haya habido obtención de ovocitos. Su validación debe estar siempre precedida y condicionada por el Módulo de estimulación.

En caso de que el ciclo se cancele y no se llegue a la transferencia por no cumplirse los pasos siguientes (d. y e.) (Fracaso Parcial del Módulo) se reconocerá para este módulo el 30% de la FAAC según el siguiente esquema.

Fracaso Parcial del Módulo III B

Módulo III B-1: Primer Intento: 30% de la FAAC -

A cargo de OSEP

100%	\$ 10.500,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 10.500,00

Módulo III B-2: Segundo Intento:

30% de la FAAC -

A cargo de OSEP

75%	\$ 7.875,00
Coseguro	\$ 2.625,00

Valor total Módulo	\$ 10.500,00
Módulo III B-3: Tercer Intento: 30% de la FAAC -	
A cargo de OSEP	
50%	\$ 5.250,00
Coseguro	\$ 5.250,00
Valor total Módulo	\$ 10.500,00

IIIC: Módulo de Transferencia

1: Primer Intento 10% de la FAAC -

A cargo de OSEP	
100%	\$ 3.500,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 3.500,00

2: Segundo Intento: 10% de la FAACA

cargo de OSEP	
75%	\$ 2.625,00
Coseguro	\$ 875,00
Valor total Módulo	\$ 3.500,00

3: Tercer Intento: 10% de la FAACA

cargo de OSEP	
50%	\$ 1.750,00
Coseguro	\$ 1.750,00
Valor total Módulo	\$ 3.500,00

Incluye: - Honorarios y gastos de todos los profesionales intervinientes, ecografías, estudios de laboratorio de fertilidad necesarios para el /los procedimientos, medicamentos y materiales descartables necesarios para la transferencia, sala de recuperación, excepto los expresamente excluidos.

Su validación debe estar siempre precedida por el Módulo de IIIB completo y próxima en el tiempo de realización (mismo periodo).

IIID: Módulo Descongelación y Transferencia

Segundo intento 75%

A cargo de OSEP	
75%	\$ 9.000,00
Coseguro	\$ 3.000,00
Valor total Módulo	\$ 12.000,00

Tercer intento 50%

A cargo de OSEP	
100%	\$ 6.000,00
Coseguro	\$ 6.000,00
Valor total Módulo	\$ 12.000,00

Incluye: honorarios médicos, utilización de aparatología, descripresevación y transferencia embrionaria con control ecográfico, materiales e insumos descartables, sala de recuperación.

Nota: este módulo va precedido del módulo de criopreservación de embriones sobrantes de un tratamiento (IIIE). Se aplica solo para un 2° o 3° intento.

IIIE: Módulo de criopreservación anual de embriones sobrantes de tratamiento

Valor del Módulo:	\$ 8.500,00
-------------------	-------------

Incluye: gastos y honorarios médicos, insumos necesarios para el procedimiento.

IIIF: Módulo de criopreservación de gametos por causa oncológica

-Criopreservación de semen:	\$ 10.000,00
-----------------------------	--------------

Incluye: preparación de semen para conservación (4 a 6 muestras seminantes), congelación espermática anual.

Nota: luego del primer año de criopreservación de gametos, el mantenimiento de los mismos quedará a cargo del afiliado. Este módulo junto con el IIIF' se autorizará previo pase por Comisión de Fertilidad.

Criopreservación de óvulos:	\$ 27.000,00
-----------------------------	--------------

Incluye: seguimiento ecográfico, aspiración de ovocitos, preparación del ovocito para conservación, criopreservación anual, sala de recuperación.

Excluye: fármacos para estimulación, honorarios anestesia.

Criopreservación anual

Nota: luego del primer año de criopreservación de gametos, el mantenimiento de los mismos quedará a cargo del afiliado. Este modulo junto con el III F' se autorizará previo pase por Comisión de Fertilidad.

III F': Módulo de Mantenimiento anual de óvulos o espermatozoides criopreservados.

Valor del módulo: \$ 5000,00

Incluye: Mantenimiento en nitrógeno líquido por un año.

Nota: luego del primer año de criopreservación de gametos, el mantenimiento de los mismos quedará a cargo del afiliado. Este módulo junto con el módulo III F se autorizará previo pase por Comisión de Fertilidad.

III G: Módulo de Decongelación de óvulos más ICSI

Valor del módulo: \$ 24.000,00

Incluye: Honorarios médicos, utilización de aparatología, descongelación de ovulos + ICSI con control ecográfico, material descartable, sala de recuperación.

III H: Módulo de Fertilización con ovodonación.

Valor del modulo: \$ 47.000,00

Incluye: Honorarios médicos y consultas (intraprocedimientos), utilización de aparatología del centro (ecografías transvaginales), monitoreo de la estimulación ovárica controlada con ecografía transvaginal de la donante, monitoreo del desarrollo endometrial de la receptora, mejorado y cultivo de espermatozoides, Swim Up/Percall, laboratorio de gametos y pre-embriones, materiales descartables y medios de cultivo, aspiración folicular con punción transvaginal con control ecográfico bajo anestesia de la donante, control de la fertilización y seguimiento del desarrollo de preembriones, procedimiento de FIV o ICSI, transferencia intrauterina de los preembriones con control ecográfico de la receptora, medicación de estimulación de la donante, 1 vial de ovocitos (4 o 5 óvulos).

Excluye: Honorarios de anestesta, laboratorio de análisis clínicos (por Asociación Bioquímica), Ecografía diagnóstica (por Conv. Radiológico).

Nota: Este módulo se autorizará previo pase por Comisión de Fertilidad.

El 1º, 2º y 3º intentos se cubrirán con los porcentajes definidos en el módulo de alta complejidad (IIIA, IIIB, IIIC).

III I: Donación de espermatozoides

Banco de ReFES

Valor del Módulo: \$ 8.500,00

Incluye: Honorarios y Gastos

Nota: Este módulo se autorizará previo pase por Comisión de Fertilidad.

**EXCLUSIONES DE TODOS LOS MÓDULOS**

Los aranceles establecidos excluyen:

a. El Mantenimiento y Criopreservación de gametos.

Excepto preservación de la fertilidad por causa oncológica.

b. Mantenimiento y Criopreservación de Embriones.

Excepto para un segundo o tercer intento en un FIV/ICSI.

c. Medicamentos necesarios para la estimulación ovárica y para el mantenimiento de la fase lútea en todos los tratamientos.

Los mismos será provisto por la OSEP, a través de Planes Especiales de acuerdo a lo estipulado en Resolución vigente; contra la presentación de la prescripción del Profesional responsable del tratamiento, autorizado por referente médico del Programa de Fertilidad.

d. Donación de gametos femeninos y masculinos.

e. Honorarios de Anestesia MODALIDADES de Emisión de Órdenes y Coseguro

**PRIMER INTENTO:**

OSEP emitirá una orden de prestación que corresponde al 100% del módulo a cargo de OSEP, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo correspondiente, con la conformidad de los afiliados.

**SEGUNDO INTENTO:**

OSEP emitirá una orden de prestación dentro del año de haber iniciado el tratamiento, al 75% del módulo a cargo de OSEP y el 25% a cargo del afiliado, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo correspondiente, con la conformidad de los afiliados.

**TERCER INTENTO:**

OSEP emitirá una orden de prestación dentro del año de haber iniciado el tratamiento, al 50% del módulo a cargo de OSEP y el 50% a cargo del afiliado, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo correspondiente, con la conformidad de los afiliados.

## NORMATIVAS

### Primer Módulo III A.

Para iniciar el Primer Módulo (Estimulación) de cada intento, deberá estar autorizado por Auditoría Médica de la OSEP, con la correspondiente documentación:

- a. Certificado Médico expedido por especialista en fertilidad (Convenido) que cuente con justificación diagnóstica para el inicio del tratamiento de Alta Complejidad.
- b. Estudios que respalden diagnóstico.
- c. Consentimiento informado. (Certificación que es copia fiel del original)

### Segundo Módulo de Aspiración y FIV-ICSI (III B)

Para iniciar el Segundo Módulo (Aspiración y FIV-ICSI) de cada intento, el afiliado deberá adjuntar al trámite, la siguiente documentación:

- Informe del Médico tratante de la respuesta obtenida por la estimulación (ovocitos a aspirar), fotocopia de ecografía ginecológica y dosajes hormonales.

### Fracaso del Módulo de Aspiración y FIV-ICSI (III B)

Documentación respaldatoria del fracaso para cerrar intento.

### Tercer Módulo Transferencia (III C) Certificación del éxito del FIVICSI para la autorización.

### Nuevo Intento (2° y/o 3°)

Para iniciar un nuevo intento, si hubo viabilidad para criopreservar embriones en intento anterior, se deberá adjuntar, informe del Médico tratante y/o del Biólogo donde conste que quedan embriones criopreservados en la institución, correspondientes a la pareja que realizó tratamiento, y que se encuentran en condiciones de ser transferidos para el segundo y/o tercer intento.

Para iniciar un nuevo intento, si no hubo viabilidad para criopreservar embriones en intento anterior, se deberá adjuntar, informe del Médico tratante y/o del Biólogo donde conste que no quedan embriones en la institución correspondientes a la pareja que realizó tratamiento, porque ya fueron transferidos o no se obtuvieron.

Este informe debe contar con la firma y sello del Médico tratante y de ambos miembros de la pareja.

En lo referente a la provisión de medicamentos para la estimulación en el Segundo o Tercer intento, el afiliado deberá presentar en Auditoría Médica de Planes

Especiales de la OSEP, la planilla confeccionada a tal fin, donde consta la medicación utilizada, con la dosis suministrada y el remanente, si lo hubiere, para ser devuelto a la Obra Social.

La estimulación ovárica para tratamientos de alta complejidad incluye la siguiente medicación:

- FSH Recombinante 300 UI: 3 cajas
- Menotropina Altamente Purificada 75 UI/10 ampollas: 2 cajas
- Menotropina Altamente Purificada 1200 UI/10 ampollas: 1 caja
- Gonadotropina Coriónica Humana 5000 UI: 2 ampollas
- Ganirelix 0,25: 3 ampollas
- Progesterona 200 x 42 cápsulas: 1 caja

NOTA: En el caso de nuevos intentos deberán quedar acreditadas medicamente las razones del fracaso del tratamiento y la aptitud clínica de efectuar un nuevo intento.

## ANEXO IV

**CONVENIO DE PRESTACIONES ASISTENCIALES ENTRE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS Y .....**Entre la OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS, en adelante OSEP, representada en este acto por el Lic. Sergio Fabián Vergara - D.N.I. N° 16.836.721 en su carácter de Director General y representante legal, conforma a la autorización otorgada por Decreto N° 38/16, con domicilio legal en José Vicente Zapata 313, de la Ciudad de Mendoza; y por la otra..... representada en este acto por....., D.N.I. N° ....., en adelante EL PRESTADOR, convienen en celebrar el presente Convenio de Prestación de Servicios Médicos, tramitado en el Expte. N° 15024-D-2013 originario de OSEP, el que se regirá por la cláusulas que a continuación se detallan:

### PRIMERA - OBJETO:

EL PRESTADOR se compromete a brindar los servicios descriptos en el Anexo I, que forma parte integrante de este Convenio, a los afiliados registrados en el padrón de afiliados de OSEP de toda la Provincia.

### SEGUNDA - IDENTIFICACIÓN DE LOS AFILIADOS DE OSEP:

EL PRESTADOR identificará a los afiliados de OSEP a los cuales brindará atención, a través del Sistema Informático de OSEP actualmente en vigencia o aquellos que lo reemplacen en el futuro. A tal efecto EL PRESTADOR deberá solicitar:

Tarjeta de afiliación a OSEP

D.N.I.

### TERCERA - REGISTRO DE PRESTADORES:

EL PRESTADOR brindará los servicios por intermedio de los profesionales identificados en el LISTADO DE PROFESIONALES que, como Anexo II forma parte integrante del presente convenio, pudiendo renovarse periódicamente de acuerdo a los procedimientos establecidos en el mismo Anexo. Será condición indispensable para ser prestador de OSEP dar cumplimiento a las normas establecidas en el presente Convenio. Asimismo, al otorgar su conformidad EL PRESTADOR mediante la suscripción del LISTADO DE PROFESIONALES, se obliga a ser prestador de OSEP a todos los efectos que surjan del presente Convenio, hasta su efectiva baja del mencionado LISTADO DE PROFESIONALES, solicitada por OSEP o tramitada por EL PRESTADOR. Los Profesionales incluidos en el LISTADO DE PROFESIONALES declaran expresamente conocer y aceptar todos los términos del Convenio de Prestaciones, del cual este Anexo forma, en un todo parte integrante, y se obligan a respetar las Cláusulas que por el mismo se pactan.

### CUARTA - MEDICAMENTOS.

Los medicamentos indicados para la realización del tratamiento serán tramitados a través del Departamento de Planes Especiales de la OSEP, mediante la planilla que se adjunta como Anexo IV, que deberá ser completada por los profesionales, con una cobertura del 100% en cada uno de los tres (3) intentos.

### QUINTA - SISTEMA INFORMÁTICO DE SALUD DE OSEP. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

#### SANCIONES

Las partes se obligan a utilizar el Sistema Informático de OSEP que se encuentra en vigencia al momento de la firma del presente Convenio, así como a realizar los actos útiles necesarios a efectos de adoptar la tecnología e incorporar los cambios que, a todos los efectos OSEP implemente en el futuro, en el uso de sus facultades de contralor y en su carácter de agente financiador.

EL PRESTADOR se compromete a registrar en tiempo real la totalidad de las prestaciones convenidas de acuerdo a los procedimientos que OSEP implemente.

Asimismo, de cada prestación realizada deberá registrar la información en la Unidad de Registración Básica Epidemiológica (en adelante URBE).

Verificada por parte de OSEP la no utilización de su Sistema Informático en tiempo real, sin que mediaren causas imputables a la misma, se debitará a EL PRESTADOR, en cada caso de incumplimiento, y en concepto de multa:

\* de la primera liquidación que presente: el equivalente al diez por ciento (10 %) del importe no registrado en la forma convenida.

\* de las liquidaciones subsiguientes: el equivalente al veinte por ciento (20 %) importe no registrado en la forma convenida.

En caso de falta de registro, detectado el incumplimiento, independientemente de la aplicación de la multa, EL PRESTADOR se obliga a subsanar la misma, registrando en el Sistema Informático de OSEP, de acuerdo a las posibilidades técnicas que ésta disponga.

### SEXTA - PRESENTACIÓN AL COBRO DE LAS PRESTACIONES A TRAVÉS DEL SISTEMA INFORMÁTICO DE OSEP

Finalizado el mes, EL PRESTADOR emitirá la Presentación de las Prestaciones a través del Sistema Informático de OSEP, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Usuario que se adjunta como Anexo V y sus respectivas modificaciones, que serán notificadas a través de la sola inclusión en el Menú del mencionado Sistema, y que formarán parte del presente Convenio.

### SÉPTIMA - PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA DE LAS PRESTACIONES

EL PRESTADOR iniciará un único Expediente por mes, del 01 al 10 del mes siguiente a la realización de las prestaciones, por Mesa de Entradas de OSEP, conteniendo la documentación que se detalla:

Comprobante de Presentación emitido por el Sistema Informático de OSEP.

Comprobante original de autorización de cada prestación emitido en OSEP a través del Sistema Informático de OSEP con la firma de responsable. Para la autorización de las prestaciones asistenciales, el afiliado deberá acreditar su calidad de tal con la exhibición de la correspondiente tarjeta de OSEP y documento de identidad. Los comprobantes resultantes del Consumo de cada prestación emitidos desde el Sistema Informático de OSEP registrados en el plazo establecido en la cláusula quinta. El comprobante de Consumo deberá ser conformado por el afiliado atendido, consignando además aclaración de la firma, tipo y número de documento, como así también firma y sello del profesional actuante.

### OCTAVA - PAGO DE LAS PRESTACIONES

OSEP abonará por las prestaciones enunciadas en la Cláusula Primera conforme al sistema, montos y modalidades de pago determinados, en cada caso en particular, en el Anexo I del presente Convenio.

Todos los profesionales intervinientes en el acto médico percibirán sus honorarios a través de EL PRESTADOR no teniendo derecho, en ningún caso, a solicitar pago alguno al afiliado.

**NOVENA - TIEMPO Y FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES OSEP** abonará a EL PRESTADOR las prestaciones convenidas dentro de los sesenta (60) días de presentado el Expte. o la documentación respaldatoria completa, lo que resulte posterior.

En caso de mora en el pago, EL PRESTADOR se obliga a mantener el servicio en las mismas condiciones pactadas por un período de hasta noventa (90) días de producida la misma, pudiendo luego proceder al corte de crédito previa notificación fehaciente, efectuada con una anticipación de quince (15) días de producirse la suspensión.

**DÉCIMA - FACULTADES DE SUPERVISIÓN OSEP** supervisará la calidad de la atención médica y administrativa brindada a sus afiliados a través de sus auditores teniendo la facultad de requerir toda la documentación que fuere necesaria para estos fines. Independientemente de la auditoría que efectúe la entidad prestadora OSEP se reserva el derecho de estructurar las auditorías correspondientes (técnico - médica, auditoría en terreno, control de calidad, satisfacción del usuario, administrativa y otras que pudieran corresponder)

#### **DÉCIMO PRIMERA - DÉBITOS**

Los débitos efectuados por OSEP sobre las prestaciones presentadas al cobro serán comunicados a EL PRESTADOR, el que podrá efectuar los reclamos correspondientes, en forma escrita y fundada, dentro de los treinta (30) días corridos posteriores al de su comunicación de acuerdo a lo dispuesto a través de la liquidación emitida en el sistema de salud de OSEP.

**DÉCIMO SEGUNDA – PROHIBICIÓN DE COBRO DE ADICIONALES** EL PRESTADOR solamente podrá registrar en el Sistema Informático de OSEP el Comprobante correspondiente a la prestación realizada, estándole expresamente prohibido el cobro de "Adicionales" o "Plus" por cualquier concepto, por sobre los valores establecidos en Anexo I, o la exigencia de pago de los mismos, hecha por el profesional, o por el personal a su cargo. La violación de la prohibición precedentemente establecida, dará lugar al procedimiento estipulado en el Anexo III - DENUNCIAS.

**AUDITORÍAS. SANCIONES**, que forma parte del presente Convenio, en el que asimismo se encuentran establecidas las sanciones que eventualmente pudieren corresponder.

#### **DÉCIMO TERCERA - DENUNCIAS.**

##### **AUDITORÍAS. SANCIONES**

El incumplimiento o la violación de los deberes impuestos a cargo de EL PRESTADOR en el presente convenio, establecidos y verificados a partir de denuncias efectuadas por los afiliados y/o auditores de la OSEP, faculta a OSEP a la aplicación de las sanciones directas al profesional, así como a EL PRESTADOR, según se anuncian y detallan en Anexo III: DENUNCIAS - AUDITORIAS - SANCIONES.

Estas sanciones no resultan excluyentes entre sí, siendo una decisión discrecional de las autoridades de la Obra Social, que EL PRESTADOR acepta, respetando OSEP el derecho de defensa de EL PRESTADOR y siguiendo el procedimiento establecido en Anexo de Procedimiento de Auditoría por incumplimiento de convenio.

Estas sanciones serán ejecutorias a partir de la notificación correspondiente. OSEP analizará los casos de reincidencia a partir de la acumulación de sanciones.

El Honorable Directorio de OSEP a través del Director General delega la función de aplicar las sanciones 1º y 2º establecidas en la presente cláusula a la Dirección de Atención a la Salud, siendo facultad exclusiva del Honorable Directorio y/o del Director General la aplicación de las sanciones 3º y 4º.

**DÉCIMO CUARTA – SEGUROS** EL PRESTADOR se obliga a contratar seguros de responsabilidad profesional por mala praxis médica de todos y cada uno de los profesionales que integran el LISTADO DE PROFESIONALES (Anexo II), así como de los que se incorporen al mencionado listado en el futuro, por montos de cobertura no menor a PESOS CIEN MIL (\$ 100.000,00) para médicos con especialidad y PESOS CIENTO CINCUENTA MIL (\$ 150.000,00) para médicos con especialidad cuya vigencia coincida con el plazo del presente Convenio, sus eventuales prórrogas; y de Responsabilidad Civil de la Institución, por un monto de cobertura no menor a PESOS CIENTO CINCUENTA MIL, que incluya expresamente la cobertura de responsabilidad por mala praxis médica, por los actos médicos que realicen los profesionales que se encuentran vinculados como prestadores de la misma.

#### **DÉCIMO QUINTA – DOMICILIOS DE ATENCIÓN**

EL PRESTADOR declara que brindará las prestaciones médicas enunciadas en el Anexo I, en el domicilio consignado a continuación: Belgrano n° 854 de Ciudad, Mendoza.

#### **DÉCIMO SEXTA - PROVISIÓN Y REPOSICIÓN DE RECETARIOS PARA MEDICACIÓN AMBULATORIA**

OSEP proveerá de recetarios a los profesionales aceptados para realizar prestaciones y que hayan cumplimentado la ficha y documentación requerida en el Departamento de Sistema Prestacional. La provisión y reposición será centralizada, correspondiéndoles a EL PRESTADOR realizar el seguimiento y control de los recetarios entregados, con el fin de asegurar la provisión y vigilar la correspondencia entre el profesional y el recetario utilizado.

Sólo podrán utilizar un mismo recetario aquellos profesionales que se desempeñen en una misma guardia, para lo cual EL PRESTADOR deberá especificar los profesionales asignados a cada guardia. No se proveerán recetarios a profesionales propuestos por EL PRESTADOR en el LISTADO DE PROFESIONALES que no hayan dado cumplimiento a presentación de la documentación requerida por el Departamento de Sistema Prestacional.

El incumplimiento de lo expresado en la presente Cláusula lo hará pasible de aplicar las sanciones establecidas en el Anexo

### III - DENUNCIAS. AUDITORÍAS.

#### SANCIONES.

DÉCIMO SÉPTIMA – INSCRIPCIÓN EN REGISTRO ÚNICO DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS  
EL PRESTADOR deberá acreditar haber efectuado los trámites pertinentes para su inscripción en el Registro Único de Establecimientos Sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción medicamente asistida que funciona en el ámbito del ReFES, según lo establecido en el Decreto 956/13 que regula la Ley Nacional de Fertilidad Asistida.

#### DÉCIMO OCTAVA - ACTUALIZACIONES.

##### MODIFICACIONES

Las partes establecen que el presente Convenio podrá ser modificado, de común acuerdo, en cualquiera de sus Cláusulas, tanto en la cantidad de prestaciones como en sus montos, adecuándose las modificaciones a las estipulaciones del presente en lo pertinente.

#### DÉCIMO NOVENA – CRÉDITO POR BONO

En aquellos casos en que OSEP autorice para sus afiliados el descuento por bono de haberes para abonar el coseguro a su cargo, en forma parcial o total, por una prestación a brindar, EL PRESTADOR se obliga a aceptar el comprobante y proceder a presentar al cobro a OSEP, en conjunto con la presentación del valor a cargo de OSEP, el importe a cargo del afiliado que deja de percibir como consecuencia de la aplicación de este beneficio.

#### VIGÉSIMA - ANEXOS INTEGRANTES DEL CONVENIO

Se suscriben conjuntamente con el presente convenio, formando parte integrante del mismo, los siguientes Anexos:

ANEXO I - NOMENCLADOR DE PRESTACIONES ASISTENCIALES

ANEXO II - LISTADO DE PROFESIONALES. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

ANEXO III - DENUNCIAS - AUDITORÍAS - SANCIONES

ANEXO IV - NORMAS DE PRESENTACIÓN A OSEP

ANEXO V – REQUERIMIENTOS TECNICOS Y REGISTRACIÓN EN SISTEMA INFORMATICO DE SALUD DE OSEP. (SISAO).

ANEXO VI: PLANILLA MEDICAMENTOS PLANES ESPECIALES

ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### VIGÉSIMO PRIMERA - SELLADO

El pago del sellado del presente Convenio estará a cargo de EL PRESTADOR, en la proporción de ley, encontrándose exenta OSEP de tales gravámenes. El monto imponible para el aforo de la obligación fiscal, de conformidad con las prescripciones del Art. 229 del Código Fiscal de la Provincia de Mendoza, se declara como monto indeterminado para el presente Convenio, resultando imposible al día de la fecha estimar un valor específico por cuanto no existen parámetros de consumo que permitan evaluar el desenvolvimiento del presente en el futuro. Por ello solicita a la Dirección de Rentas que aplique al presente Convenio el impuesto fijo que establece la ley impositiva con carácter definitivo. A los fines del presente, EL PRESTADOR retirará bajo recibo, original y copia del presente Convenio, asumiendo la obligación de restituirlo a OSEP, con la constancia de pago de Impuesto de Sellos, en el original y en la copia, dentro de los tres (3) días hábiles, de la fecha del recibo.

#### VIGÉSIMO SEGUNDA – DEMANDA JUDICIAL

Para el supuesto caso que OSEP sea demandada judicialmente en forma directa o solidaria por actos, hechos u omisiones, que hubieren provocado daños a pacientes, causados por culpa o dolo de EL PRESTADOR y/o por alguno de los integrantes del Listado de Profesionales incorporado en el Anexo II del presente Convenio,

personal técnico bajo su cuidado, control y vigilancia, así como los daños provocados por las cosas de que se sirve o tiene a su cuidado, EL PRESTADOR acepta y se obliga por el presente a comparecer al proceso como tercero coadyuvante integrando la litis ante citación de OSEP en dicho sentido. Todo monto que por sentencia resulte debido por la pretensión demandada, costos y costas, serán asumidos solidariamente por EL PRESTADOR, quien se responsabiliza por la indemnidad patrimonial de OSEP. Para el caso de condena a OSEP por actos de EL PRESTADOR, y/o por alguno de los integrantes del Listado de Profesionales incorporado en el Anexo II del presente, o por personal técnico bajo su cuidado, control y vigilancia, podrá OSEP, cuando fuere procedente, interponer, en contra de EL PRESTADOR o del profesional condenado, la acción de regreso impuesta en la norma del Código Civil y Comercial.

#### **VIGÉSIMO TERCERA – JURISDICCIÓN Y DOMICILIOS ESPECIALES**

Las partes contratantes se someten voluntariamente a la jurisdicción de los Tribunales Provinciales de la Primera Circunscripción Judicial de Mendoza, renunciando expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción, incluido el Fuero Federal, aún en el caso de corresponder, previo agotar la Vía Administrativa establecida por Ley N° 3909 Procedimientos Administrativos de la Provincia de Mendoza y Ley N° 3918 de Proceso Administrativo. A todos los efectos judiciales o extrajudiciales que deriven del presente Convenio se fijan los siguientes domicilios especiales, ambos de la Provincia de Mendoza:

OSEP en Vicente Zapata N° 313 - Ciudad - Mendoza - CP 5500 EL PRESTADOR en Belgrano n° 854 de Ciudad - Mendoza – CP 5500

#### **VIGÉSIMO CUARTA - VIGENCIA.**

##### **RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. RESCISIÓN UNILATERAL SIN CAUSA.**

El presente Convenio comenzará a regir a partir del 1 de JUNIO de 2016 y tendrá vigencia por el término de doce (12) meses, venciendo en consecuencia el 31 de MAYO de 2017, con renovación automática por plazos de hasta doce (12) meses. La falta de manifestación expresa de no renovar el convenio, determinará la renovación del mismo por el plazo señalado precedentemente. Sin perjuicio de lo expuesto, el contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes, sin necesidad de expresión de causa, debiendo comunicar tal voluntad a la otra parte, por medio fehaciente, con no menos de treinta (30) días de anticipación. Durante ese lapso deberán las partes seguir cumpliendo con las obligaciones contraídas sin que por ello se genere derecho a indemnización alguna para cualquiera de ellas.

En prueba de conformidad, leídos y ratificados, se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, en la Ciudad de Mendoza a los..... días del mes.....de 2016.

**ANEXO I**  
**APARTADO I: MÓDULOS de BAJA COMPLEJIDAD**

**I. A- Módulos Diagnósticos:**

42-01-14

I A 1- Primera Consulta	\$400,00 valor total
	\$300,00 c/OSEP
	\$100,00 coseguro afiliado

**Incluye:** evaluación del caso, asesoramiento, solicitud de estudios diagnósticos

I A 2- Segunda Consulta

**Incluye**

42-01-15

Consulta de Control y Seguimiento	\$ 250,00 valor total
	\$ 188,00 c/OSEP
	\$ 62,00 coseguro afiliado

Módulo 4000/0

a) Espermomigración + Ecografía transvaginal (test post coital)	\$800,00 valor total
	\$600,00 c/OSEP
	\$200,00 coseguro afiliado

Módulo 4000/1

b) Espermograma especializado (incluye estudio inmunológico y prueba de recuperación post swin up o gradiente de densidad)	\$800,00 valor total
	\$600,00 c/OSEP
	\$200,00 coseguro afiliado

Módulo 4000/2

c) Aspiración percutánea de epidídimo	\$9.200,00 valor total
	\$6.900,00 c/OSEP
	\$2.300,00 coseguro afiliado

**Incluye:** Criopreservación de espermatozoides por 4 meses.  
En caso de no encontrar espermatozoides se factura el 40% del módulo, sala de recuperación, insumos de quirófano

**Excluye:** honorarios de anestesia.

**Nota:** Necesita autorización previa. Debe traer certificación de diagnóstico de Azoospermia.

Anestesia Nivel de Complejidad 2 (07.01.09)

Módulo 4000/3

d) Biopsia de testículo (10.05.07)	\$12.500,00 valor total
	\$ 9.375,00 c/OSEP
	\$ 3.125,00 coseguro afiliado

**Incluye:** Criopreservación de espermatozoides por 4 meses.  
En caso de no encontrar espermatozoides se factura el 40% del módulo, sala de recuperación, insumos de quirófano.

**Excluye:** honorarios de anestesia).

**Nota:** Necesita autorización previa. Debe traer certificación de diagnóstico de Azoospermia.

Anestesia Nivel de Complejidad 2 (07.01.09)

**En caso de que la aspiración percutánea de epidídimo derive en biopsia de testículo, se facturará únicamente la biopsia de testículo con Auditoria en terreno correspondiente.**

**I. B- Exámenes Complementarios**

**I B 1- Factor Femenino**

a) Perfil Hormonal (Se realizará a través de los convenios que la Obra Social tiene vigentes con instituciones prestadoras)

b) Hormona Antimulleriana (Se realizará a través de los convenios que la Obra Social tiene vigentes con instituciones prestadoras)

c) Histerosalpingografía (Se realizará a través de los convenios que la Obra Social tiene vigentes con instituciones prestadoras)

d) Histerosonografía 34-06-10 \$1.000,00 valor total  
\$ 750,00 c/OSEP  
\$ 250,00 coseguro afiliado

**II - Módulos Terapéuticos:**

**Módulo 4001-0**

IIA- Estimulación Ovárica con Coito programado \$ 2.400,00 valor total  
\$ 1.800,00 c/OSEP  
\$ 600,00 coseguro afiliado

**Incluye:** Monitoreo Ecográfico transvaginal

**Excluye:** fármacos para estimulación hormonal que se proveerán por Planes Especiales.

**Módulo 4001-1**

IIB- Inseminación Intrauterina Homóloga. \$ 6.000,00 valor total  
\$ 4.500,00 c/OSEP  
\$ 1.500,00 coseguro afiliado

**Incluye:**

Monitoreo ecográfico transvaginal  
Preparación del semen swim up o gradiente  
Inseminación Intrauterina  
Insumos necesarios para el procedimiento  
Sala de recuperación

**Excluye:** Fármacos para estimulación hormonal que se proveerán por Planes Especiales.

**Nota:** Las prácticas tendrán una cobertura a cargo de OSEP del 75% y a cargo del afiliado del 25%.

Los medicamentos tendrán una cobertura del 100% a cargo de la OSEP por Planes Especiales.

La estimulación ovárica para tratamientos de baja complejidad incluye la siguiente medicación :

- Clomifeno 50 mg x 20 comprimidos.
- HMG (FSH+LH) 75 UI x 3 amp.
- Gonadotrofina coriónica 5000 x 1 amp.
- Progesterona 200 x 15 caps

**Los tratamientos de baja fertilidad tendrán 6 cupos mensuales con 3 intentos en un semestre (Art. 8º).**

**APARTADO B: Fertilidad Asistida de Alta Complejidad**

**Valor total del tratamiento de FAAC (Fertilidad Asistida de Alta Complejidad): \$35.000,00**

**IIIA - Módulo de Estimulación ovárica**

**Módulo 4002 - 1 III A-1:** Primer Intento: 30% de la FAAC

A cargo de OSEP 100%: \$10.500,00

Coseguro: \$ 0,00

Valor total Módulo: \$10.500,00

**Módulo 4002 -2 III A-2:** Segundo Intento: 30% de la FAAC

A cargo de OSEP 75%: \$ 7.875,00

Coseguro: \$ 2.625,00

Valor total Módulo: \$10.500,00

**Módulo 4002 - 3III A-3:** Tercer Intento: 30% de la FAAC

A cargo de OSEP 50%: \$ 5.250,00

Coseguro: \$ 5.250,00

Valor total Módulo: \$10.500,00

**Incluye:** Todos los honorarios y gastos profesionales del equipo interviniente en el seguimiento clínico y ecográfico, consultas y seguimiento ecográfico, laboratorio, material descartable, medios de cultivo, estudios de laboratorio de fertilidad necesarios para el /los procedimientos, sala de recuperación excepto lo expresamente excluido.

**NOTA:** Si no hay respuesta ovárica a la estimulación y por lo tanto no se

realiza aspiración, se facturará únicamente este módulo (30% FAAC).

**IIIB: Módulo de Aspiración y FIV / ICSI**

Anestesia Nivel de Complejidad 2 (05.06.11)

**Módulo 4003 - 1IIIB-1:** Primer Intento:60% de la FAAC

A cargo de OSEP 100% \$ 21.000,00

Coseguro: \$ 0,00

Valor total Módulo: \$ 21.000,00

**Módulo 4003 - 2IIIB-2:** Segundo Intento: 60% de la FAAC

A cargo de OSEP 75% \$15.750,00

Coseguro \$ 5.250,00

Valor total Módulo \$ 21.000,00

**Módulo 4003 - 3IIIB-3:** Tercer Intento: 60% de la FAAC

A cargo de OSEP 50% \$ 10.500,00

Coseguro \$ 10.500,00

Valor total Módulo \$ 21.000,00

**Incluye:**

Honorarios y gastos de todos los profesionales intervinientes, laboratorio de gametos y preembriones, ecografías, estudios de laboratorio de fertilidad necesarios para el/los procedimientos, sala de recuperación, medicamentos, materiales descartables y medios de cultivo necesarios para los siguientes pasos, excepto los expresamente excluidos:

a- Preparación del semen (mejorado y cultivo de espermatozoides, Swim Up / Percoll).

b- Aspiración folicular ovárica por punción controlada por ecografía.

c- Clasificación y mantenimiento en medio de cultivo de ovocitos.

d- Procedimientos de fertilización en laboratorio (FIV /ICSI).

e- Control de la fertilización ovocitaria y del crecimiento embrionario.

**NOTA:** este módulo retribuye todos los pasos descriptos "ut-supra", siempre que haya habido obtención de ovocitos. Su validación debe estar siempre precedida y condicionada por el Módulo de estimulación. En caso de haber recuperación de ovocitos y utilización del laboratorio de fertilidad sin transferencia de embriones se factura el 60% de la FAAC.

Si hay punción ovárica sin recuperación de ovocitos este módulo se factura al **30% de la FAAC según el siguiente esquema.**

### **Fracaso Parcial del Módulo IIIB**

Anestesia Nivel de Complejidad C2 05.06.11

**Módulo 4004 -1 IIIB-1:** Primer Intento: 30% de la FAAC

A cargo de OSEP 100%	\$10.500,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$10.500,00

**Módulo 4004 - 2 IIIB-2:** Segundo Intento: 30% de la FAAC

A cargo de OSEP 75%	\$ 7.875,00
Coseguro	\$ 2.625,00
Valor total Módulo	\$10.500,00

**Módulo 4004 -3 III B-3:** Tercer Intento: 30% de la FAAC

A cargo de OSEP 50%	\$ 5.250,00
Coseguro	\$ 5.250,00
Valor total Módulo	\$10.500,00

### **IIIC: Módulo de Transferencia**

**Módulo 4005-1:** Primer Intento: 10% de la FAAC

A cargo de OSEP 100%	\$ 3.500,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 3.500,00

**Módulo 4005-2:** Segundo Intento: 10% de la FAAC

A cargo de OSEP 75%	\$ 2.625,00
Coseguro	\$ 875,00
Valor total Módulo	\$ 3.500,00

**Módulo 4005-3:** Tercer Intento: 10% de la FAAC

A cargo de OSEP 50%	\$ 1.750,00
Coseguro	\$ 1.750,00
Valor total Módulo	\$ 3.500,00

#### **Incluye:**

Honorarios y gastos de todos los profesionales intervinientes, ecografías, estudios de laboratorio de fertilidad necesarios para el/los procedimientos, medicamentos y materiales descartables necesarios para la transferencia, sala de recuperación, excepto los expresamente excluidos.

Su validación debe estar siempre precedida por el módulo de IIIB completo y próxima en el tiempo de realización (mismo periodo).

### **IIID: Módulo Descongelación y Transferencia**

Anestesia Nivel de Complejidad C2 05.06.11

#### **Módulo 4006: Segundo intento 75%**

A cargo de OSEP 75%	\$ 9.000,00
Coseguro	\$ 3.000,00
Valor total Módulo	\$ 12.000,00

#### **Módulo 4006/1: Tercer intento 50%**

A cargo de OSEP	\$ 6.000,00
Coseguro	\$ 6.000,00
Valor total Módulo	\$ 12.000,00

**Incluye:** honorarios médicos, utilización de aparatología, descriopresevación y transferencia embrionaria con control ecográfico, materiales e insumos descartables, sala de recuperación.

**Nota:** este módulo va precedido del módulo de criopreservación de embriones sobrantes de un tratamiento (IIIE). Se aplica solo para un 2° o 3° intento.

#### **IIIE: Módulo 4007 de criopreservación anual de embriones sobrantes de tratamiento**

A cargo de OSEP	\$ 6.375,00
Coseguro	\$ 2.125,00
Valor total Módulo	\$ 8.500,00

**Incluye:** gastos y honorarios médicos, insumos necesarios para el procedimiento.

#### **IIIF: Módulo 4008 de criopreservación de gametos por causa oncológica - Criopreservación de semen: \$10.000,00**

A cargo de OSEP	\$ 7.500,00
Coseguro	\$ 2.500,00
Valor total Módulo	\$ 10.000,00

**Incluye:** preparación de semen para conservación (4 a 6 muestras seminantes), congelación espermática anual.

**Nota:** luego del primer año de criopreservación de gametos, el mantenimiento de los mismos quedará a cargo del afiliado. Este módulo se autorizará previo pase por la Comisión Asesora de Fertilidad.

#### **Módulo 4008/1 - Criopreservación de óvulos: \$ 27.000,00**

A cargo de OSEP	\$ 20.250,00
Coseguro	\$ 6.750,00
Valor total Módulo	\$ 27.000,00

Anestesia Nivel de Complejidad 2 05.06.11

**Incluye:** seguimiento ecográfico, aspiración de ovocitos, preparación del ovocito para conservación y sala de recuperación.

**Excluye:** fármacos para estimulación, honorarios anestesia y criopreservación anual.

**Nota:** luego del primer año de criopreservación de gametos, el mantenimiento de los mismos quedará a cargo del afiliado. Este módulo se autorizará previo pase por la Comisión Asesora de Fertilidad.

**III G: Módulo de Fertilización con ovodonación.**

Anestesia Nivel de Complejidad C2 05.06.11 - Valor del modulo: \$ 47.000,00

**Módulo 4009-1:** Primer Intento

A cargo de OSEP 100%	\$47.000,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 47.000,00

**Módulo 4009-2:** Segundo Intento:

A cargo de OSEP 75%	\$ 35.250,00
Coseguro	\$ 11.750,00
Valor total Módulo	\$ 47.000,00

**Módulo 4009-3:** Tercer Intento:

A cargo de OSEP 50%	\$ 23.500,00
Coseguro	\$ 23.500,00
Valor total Módulo	\$ 47.000,00

**Incluye:** Honorarios médicos y consultas (intraprocedimientos), utilización de aparatología del centro (ecografías tranvaginales), monitoreo de la estimulación ovárica controlada con ecografía transvaginal de la donante, monitoreo del desarrollo endometrial de la receptora, mejorado y cultivo de espermatozoides, Swim Up / Percall, laboratorio de gametos y pre-embiones, materiales descartables y medios de cultivo, aspiración folicular con punción transvaginal con control ecográfico bajo anestesia de la donante, control de la fertilización y seguimiento del desarrollo de pre-embiones, procedimiento de FIV o ICSI, transferencia intrauterina de los pre-embiones con control ecográfico de la receptora, medicación de estimulación de la donante, 1 vial de ovocitos (4 o 5 óvulos).

**Excluye:** Honorarios de anestesista, laboratorio de análisis clínicos (por Asociación Bioquímica), Ecografía diagnóstica (por Convenio Radiológico).

**Nota:** Este módulo se autorizará previo pase por Comisión Asesora de Fertilidad. El 1º, 2º y 3º intento, se cubrirán con los porcentajes definidos en el módulo de alta complejidad (IIIA, IIIB, IIIC).

**IIIH: Donación de espermatozoides Banco de ReFES. - Valor del Módulo: \$ 8.500,00**

**Incluye:** Honorarios y Gastos.

**Nota:** Este módulo se autorizará previo pase por la Comisión Asesora de Fertilidad.

**Módulo 4010-1:** Primer Intento:

A cargo de OSEP 100%	\$ 8.500,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 8.500,00

**Módulo 4010-2:** Segundo Intento:

A cargo de OSEP 75%	\$ 6.375,00
Coseguro	\$ 2.125,00
Valor total Módulo	\$ 8.500,00

**Módulo 4010-3:** Tercer Intento:

A cargo de OSEP 50%	\$ 4.250,00
Coseguro	\$ 4.250,00
Valor total Módulo	\$ 8.500,00

**Incluye:** Honorarios y Gastos

**Nota:** Este módulo se autorizará previo pase por la Comisión Asesora de Fertilidad.

**III I: Módulo de Descongelación de óvulos más ICSI - Valor del módulo: \$ 24.000,00**

**Incluye:** Honorarios médicos, utilización de aparatología, descongelación de óvulos + ICSI con control ecográfico, material descartable, sala de recuperación.

**Módulo 4011-00:**

A cargo de OSEP	\$ 24.000,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 24.000,00

### **III J: Módulo de Mantenimiento anual de óvulos o espermatozoides criopreservados.**

Valor de Módulo: \$ 5.000,00

**Incluye:** Mantenimiento en nitrógeno líquido por un año.

**Nota:** luego del primer año de criopreservación de gametos, el mantenimiento de los mismos quedará a cargo del afiliado. Este módulo se autorizará previo pase por la Comisión Asesora de Fertilidad.

#### **Módulo 4012-00**

A cargo de OSEP	\$ 5.000,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 5.000,00

### **III K: Módulo de Estimulación Ovárica (ovodonación).**

#### **Módulo 4013- 1: Primer Intento 30% de la FAAC**

A cargo de OSEP 100%	\$ 14.100,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 14.100,00

#### **Módulo 4013- 2: Segundo Intento 30% de la FAAC**

A cargo de OSEP 75%	\$ 10.575,00
Coseguro	\$ 3.525,00
Valor total Módulo	\$ 14.100,00

#### **Módulo 4013- 3: Tercer Intento 30% de la FAAC**

A cargo de OSEP 50%	\$ 7.050,00
Coseguro	\$ 7.050,00
Valor total Módulo	\$ 14.100,00

**Nota:** Cuando el ciclo se cancela en esta etapa y no se realizó la aspiración, se facturará únicamente este módulo.

### **III K1: Módulo de Aspiración y FIV/ICSI (ovodonación)**

#### **Módulo 4014-1: Primer Intento 60% de la FAAC**

A cargo de OSEP 100%	\$ 28.200,00
Coseguro	\$ 0,00
Valor total Módulo	\$ 28.200,00

#### **Módulo 4014- 2: Segundo Intento 60% de la FAAC**

A cargo de OSEP 75%	\$ 21.150,00
Coseguro	\$ 7.050,00
Valor total Módulo	\$ 28.200,00

#### **Módulo 4014- 3: Tercer Intento 60% de la FAAC**

A cargo de OSEP	50%	\$ 14.100,00
Coseguro		\$ 14.100,00
Valor total Módulo		\$ 28.200,00

**Nota:** En caso de que el ciclo se cancele y no se llegue a la transferencia (fracaso parcial del módulo IIIK1) se reconocerá para este módulo el 30% de las FAAC según el siguiente esquema:

**Módulo K2: Fracaso Parcial del Módulo (ovodonación)**

**Módulo 4015- 1: Primer Intento 30% de la FAAC**

A cargo de OSEP	100%	\$ 14.100,00
Coseguro		\$ 0,00
Valor total Módulo		\$ 14.100,00

**Módulo 4015- 2: Segundo Intento 30% de la FAAC**

A cargo de OSEP	75%	\$ 10.575,00
Coseguro		\$ 3.525,00
Valor total Módulo		\$ 14.100,00

**Módulo 4015- 3: Tercer Intento 30% de la FAAC**

A cargo de OSEP	50%	\$ 7.050,00
Coseguro		\$ 7.050,00
Valor total Módulo		\$ 14.100,00

**III K3: Módulo de Transferencia (ovodonación)**

**Módulo 4016- 1: Primer Intento - 10% de la FAAC**

A cargo de OSEP	100%	\$ 4.700,00
Coseguro		\$ 0,00
Valor total Módulo		\$ 4.700,00

**Módulo 4016- 2: Segundo Intento - 10% de la FAAC**

A cargo de OSEP	75%	\$ 3.525,00
Coseguro		\$ 1.175,00
Valor total Módulo		\$ 4.700,00

**Módulo 4016- 3: Tercer Intento - 10% de la FAAC**

A cargo de OSEP	50%	\$ 2.350,00
Coseguro		\$ 2.350,00
Valor total Módulo		\$ 4.700,00

Su validación debe estar siempre precedida por el Módulo de Asperción y FIV / ICSI III K1 completo y próxima en el tiempo de realización (mismo periodo).

Incluye: honorarios médicos y consultas (intraprocedimientos), utilización de aparatología de centro (ecografía transvaginal), monitoreo de estimulación ovárica controlada con ecografía transvaginal de la donante, monitoreo del desarrollo endometrial de la receptora, mejorado y cultivo de espermatozoides, Swim Up / Percall, laboratorio de gametos y pre-embriones, materiales descartables y medios de cultivo, aspiración folicular con punción transvaginal con control ecográfico bajo anestesia de la donante, control de la fertilización y seguimiento del desarrollo de pre-embriones, procedimiento de FIV o ICSI, transferencia intrauterina de los pre-embriones con control ecográfico de la receptora, medicación de estimulación de la donante, 1 vial de ovocitos (4 o 5 óvulos).

Excluye: Honorarios de anestésista, laboratorio de análisis clínicos (por Asociación Bioquímica), Ecografía diagnóstica (por Convenio Radiológico).

Nota: Este módulo se autorizará previo pase por la Comisión Asesora de Fertilidad. El 1º, 2º y 3º intento, se cubrirán con los porcentajes definidos en el módulo de alta complejidad (IIIA, IIIB, IIIC).

**EXCLUSIONES DE TODOS LOS MÓDULOS**

Los aranceles establecidos excluyen:

- El Mantenimiento y Criopreservación de gametos. Excepto preservación de la fertilidad por causa oncológica, convenido a través del módulo III F.
- Mantenimiento y Criopreservación de Embriones. Excepto para un segundo o tercer intento en un FIV/ICSI, convenido a través del módulo III B.
- Medicamentos necesarios para la estimulación ovárica y para el mantenimiento de la fase lútea en todos los tratamientos. Los mismos serán provistos por la OSEP, a través de Planes Especiales, de acuerdo a lo estipulado

en la Resolución vigente; contra la presentación de la prescripción del profesional responsable del tratamiento, autorizado por referente médico del Programa de Fertilidad.

d. Donación de gametos femeninos y masculinos, excepto los casos autorizados por la Comisión Asesora de Fertilidad (Módulos III G y III H).

e. Honorarios de Anestesia.

**MODALIDADES de Emisión de Órdenes y COSEGURO PRIMER INTENTO:**

La OSEP emitirá una orden de prestación que corresponde al 100% del módulo a cargo de OSEP, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo correspondiente, con la conformidad de los afiliados.

**SEGUNDO INTENTO:**

La OSEP emitirá una orden de prestación dentro del año de haber iniciado el tratamiento, al 75% del módulo a cargo de OSEP y el 25% a cargo del afiliado, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo correspondiente, con la conformidad de los afiliados.

**TERCER INTENTO:**

La OSEP emitirá una orden de prestación dentro del año de haber iniciado el tratamiento, al 50% del módulo a cargo de OSEP y el 50% a cargo del afiliado, contra la presentación de la documentación que acredite el cumplimiento del protocolo correspondiente, con la conformidad de los afiliados.

**NORMATIVAS**

**Primer Módulo III A.**

Para iniciar el Primer Módulo (Estimulación) de cada intento, deberá estar autorizado por Auditoría Médica de la OSEP, con la correspondiente documentación:

a. Certificado Médico expedido por especialista en fertilidad (Convenido) que cuente con justificación diagnóstica para el inicio del tratamiento de Alta Complejidad.

b. Estudios que respalden diagnóstico.

c. Consentimiento informado. (Certificación que es copia fiel del original)

**Segundo Módulo de Aspiración y FIV-ICSI (III B).**

Para iniciar el Segundo Módulo (Aspiración y FIV-ICSI) de cada intento, el afiliado deberá adjuntar al trámite, la siguiente documentación:

Informe del Médico tratante de la respuesta obtenida por la estimulación (ovocitos a aspirar), fotocopia de ecografía ginecológica y dosajes hormonales.

**Fracaso del Módulo de Aspiración y FIV-ICSI (III B).**

Documentación respaldatoria del fracaso para cerrar intento.

**Tercer Módulo Transferencia (III C).**

Certificación del éxito de la FIV-ICSI para la autorización.

**Nuevo Intento (2° y/o 3°)**

Para iniciar un nuevo intento, si hubo viabilidad para criopreservar embriones en intento anterior, se deberá adjuntar, informe del Médico tratante y/o del Biólogo donde conste que quedan embriones criopreservados en la institución, correspondientes a la pareja que realizó tratamiento, y que se encuentran en condiciones de ser transferidos para el segundo y/o tercer intento.

Para iniciar un nuevo intento, si no hubo viabilidad para criopreservar embriones en intento anterior, se deberá adjuntar, informe del Médico tratante y/o del Biólogo donde conste que no quedan embriones en la institución correspondientes a la pareja que realizó tratamiento, porque ya fueron transferidos o no se obtuvieron. Este informe debe contar con la firma y sello del Médico tratante y de ambos miembros de la pareja.

En lo referente a la provisión de medicamentos para la estimulación en el Segundo o Tercer intento, el afiliado deberá presentar en la Auditoría Médica de Planes Especiales de la OSEP, la planilla confeccionada a tal fin, donde consta la medicación utilizada, con la dosis suministrada y el remanente, si lo hubiere, para ser devuelto a la Obra Social.

La estimulación ovárica para tratamientos de alta complejidad incluye la siguiente medicación:

FSH Recombinante 300 UI: 3 cajas

• Menotropina Altamente Purificada 75 UI/10 ampollas: 2 cajas

• Menotropina Altamente Purificada 1200 UI/10 ampollas: 1 caja

• Gonadotrofina Coriónica Humana 5000 UI: 2 ampollas

• Ganirelix 0,25: 3 ampollas Progesterona 200 x 42 cápsulas: 1 caja

NOTA: En el caso de nuevos intentos deberán quedar acreditadas médicamente las razones del fracaso del tratamiento y la aptitud clínica de efectuar un nuevo intento.

**ANEXO II**

## LISTADO DE PROFESIONALES Y NORMATIVA DE ALTAS Y BAJAS

### 1. LISTADO DE PROFESIONALES

Para poder confeccionar el listado de profesionales, EL PRESTADOR deberá presentar: Planilla o listado que contengan los siguientes datos:

- Nombre de la Institución Prestadora, domicilio, localidad, departamento y teléfono de la misma.
- Apellido y Nombre del Profesional
- Número de matrícula provincial
- Especialidad y subespecialidad
- Firma y sello de conformidad del profesional

De cada profesional mencionado en dicho listado deberá presentar:

- Fotocopia de la Matrícula Profesional Provincial actualizada.
- Fotocopia de D.N.I. 1° y 2° hoja, detallar domicilio real y teléfono particular
- Fotocopia de la póliza de seguro de mala praxis vigente.
- Fotocopia de las certificaciones de la Especialidad y Subespecialidad, para el caso que corresponda, otorgada por el Consejo Deontológico.

De esta inscripción, se extraerá el listado de profesionales que formará parte de este Convenio, determinando la OSEP la inclusión de los profesionales al listado definitivo, el que tendrá que estar aceptado dentro de los 30 (treinta) días de suscrito el contrato.

"Los profesionales que suscriben el presente listado, declaran expresamente conocer y aceptar todos los términos del "Convenio de Prestaciones Médicas" del cual este Anexo forma, en un todo, parte integrante".

### 2. NORMATIVA DE ALTAS

Para poder realizar la incorporación de profesionales al listado ya existente, EL PRESTADOR deberá presentar:

- Nota solicitando la incorporación del mismo detallando:

Apellido y Nombre del Profesional

Número de matrícula provincial

Especialidad y subespecialidad

Firma y sello de conformidad del profesional

- Fotocopia de la Matrícula Profesional Provincial.

- Fotocopia de D.N.I., detallar domicilio y teléfono particular

- Fotocopia de la póliza de seguro de mala praxis vigente.

- Fotocopia de las certificaciones de la Especialidad y Subespecialidad para el caso que corresponda, otorgada por el Consejo Deontológico.

La OSEP se reserva el derecho de aceptar la inclusión al Listado de profesionales.

### 3. NORMATIVA DE BAJAS

La OSEP podrá dar de baja unilateralmente a un profesional incluido en el listado de profesionales presentado por EL PRESTADOR en el momento en que constate que el mismo no respeta las condiciones del presente convenio ó cuando se compruebe que el mismo ha dejado de prestar servicios en las condiciones convenidas sin necesidad de que la Institución solicite la baja.

Para los casos por fallecimiento, deberá comunicarse fecha del deceso dentro de los treinta (30) días de ocurrido el acontecimiento.

"TODA la DOCUMENTACIÓN, TANTO de la ALTA como de la BAJA de los PROFESIONALES, DEBERÁ PRESENTARSE en la OFICINA de PRESTADORES de la OSEP - Av. J.V. Zapata N° 313 Ciudad de Mendoza. Tel. 0261 - 4417797".

### ANEXO III

#### DENUNCIAS - AUDITORIAS - SANCIONES

El incumplimiento o la violación de los deberes impuestos a cargo del Profesional y/o de EL PRESTADOR en el presente Convenio, establecidos y verificados a partir de denuncias efectuadas por los afiliados y/o auditores de la OSEP, faculta a la OSEP a la aplicación de las sanciones directas al profesional, así como a EL PRESTADOR, según corresponda, y que a continuación se detallan:

1° - Llamado de atención,

2° - Multa de hasta 30% de la facturación de prestaciones del mes en que se produjo el incumplimiento, aplicada en la liquidación siguiente a la notificación a la Dirección de Servicios Administrativos de la Resolución formal que la dispone.

3° - Suspensión ya sea como prestador y/o prescriptor.

4° - Exclusión y/o rescisión del convenio según corresponda.

## ANEXO IV

### NORMAS DE PRESENTACIÓN A OSEP

Durante la vigencia del presente Convenio EL PRESTADOR deberá respetar las siguientes Normas de Presentación de documentación y facturación, a efectos de realizar los pagos por parte de la OSEP:

Fecha y lugar de presentación

Fecha de presentación: 01 al 10 de cada mes

Horario de presentación: de 8:00hs. a 15:00hs.

Lugar de presentación: Mesa de Entradas

Documentación a presentar por EL PRESTADOR al iniciar el Expte. de pago en la OSEP

Comprobantes de Presentación emitidos a través del actual Sistema Informático de la OSEP, o el que ésta implemente en el futuro, en su reemplazo.

Para Consultas

- Será indispensable para el pago de Consultas la presentación de:

Comprobante original de Inicio y de Fin de la Consulta. El Fin debe registrarse dentro de las 24 horas de iniciada la Consulta; caso contrario la misma quedará automáticamente anulada y no podrá resultar incluida en la Presentación de Prestaciones, por lo tanto no será abonada.

- El Comprobante de Inicio debe estar conformado con:

Firma y sello del profesional actuante Firma y N° de D.N.I. del afiliado atendido, aclaración. En caso de no resultar posible la firma del afiliado atendido, el Comprobante será suscripto por un tercero interviniente, indicando su N° de D.N.I., nombre, apellido y relación con el afiliado atendido.

- Se registrarán en la Unidad de Registración Básica Epidemiológica los datos que la Obra Social disponga.

Para Prácticas Ambulatorias

Prácticas que requieren autorización previa

- Pedido médico original de la práctica, debidamente intervenido por el responsable de la autorización emitida por la OSEP.

- Comprobante original de autorización de cada prestación, emitido por la OSEP a través de su Sistema Informático, suscripto por el responsable.

- Informe médico o Protocolo Quirúrgico, según la práctica realizada

- Comprobante original de consumo de la práctica emitido por el Sistema Informático de la OSEP, dentro del plazo establecido.

Prácticas que no requieren autorización previa

- Pedido médico original de la práctica.

- Comprobante original de Consumo de cada prestación emitido a través del Sistema Informático de OSEP, dentro del plazo establecido.

- El Comprobante de Consumo de Prácticas, tanto las que requieren como las que no requieren autorización previa, debe estar conformado con:

Firma y sello del profesional actuante

Firma y N° de D.N.I. del afiliado atendido, aclaración. En caso de no resultar posible la firma del afiliado atendido, el Comprobante será suscripto por un tercero interviniente, indicando su N° de D.N.I., nombre, apellido y relación con el afiliado atendido.

- En caso de prácticas en las que el afiliado deba concurrir más de una vez, se deberán consignar todas las fechas y tantas firmas como veces concurra.

- Se registrarán en la Unidad de Registración Básica Epidemiológica los datos que la Obra Social disponga.

Internaciones y/o intervenciones quirúrgicas

- Comprobante original de solicitud de la prestación, debidamente intervenido por el responsable de la autorización emitida por la Auditoría en Terreno para prestaciones de urgencia) o de Auditoría Previa y Auditoría en Terreno de OSEP (prestaciones programadas).

- Comprobante original de autorización de cada prestación emitido por la OSEP a través de su Sistema Informático, suscripto por el responsable.

- Comprobantes de Inicio y de Fin de la internación

- El Comprobante de Inicio y/o Fin de la Internación debe estar conformado con:

Firma y sello del profesional actuante

Firma y N° de D.N.I. del afiliado atendido, aclaración. En caso de no resultar posible la firma del afiliado atendido, el Comprobante será suscripto por un tercero interviniente, indicando su N° de D.N.I., nombre, apellido y relación con el afiliado atendido

Copia de 1° Y 2° hoja de D.N.I. del afiliado atendido

Historia Clínica y Evolución de la internación, debidamente suscriptas por el profesional responsable  
Protocolo quirúrgico, en caso de extracción de material...

Cualquier otra documentación que la OSEP requiera a efectos de comprobar la efectiva prestación y/o la  
calidad de la misma y/o determinar la/s práctica/s a abonar

- Se registrarán en la Unidad de Registración Básica Epidemiológica o en el Sistema que OSEP implemente en  
el futuro, los datos que la Obra Social disponga.

ANEXO V

Requerimientos técnicos y acceso al Sistema Informático de OSEP

Requerimientos Técnicos Mínimos:

Disponer de un equipo pc o notebook con conexión a internet y que posea instalado cualquiera de los siguientes  
navegadores en las versiones mínimas indicadas o superior.

Nombre	Versión soportada
Internet Explorer (Microsoft)	6 SP2 o superior
Firefox (Mozilla)	2 o superior
Google Chrome (Google)	5 o superior
Safari (Apple)	4 o superior
Opera (Opera)	9 o superior

La aplicación está optimizada para una resolución gráfica de pantalla de su computadora de 1024px por 768px.

Disponer de una impresora (recomendable láser)

Para obtener datos más actualizados al respecto puede ver la sección "¿Necesita ayuda?" ubicada en la parte inferior derecha del Sistema.



### Acceso al Sistema

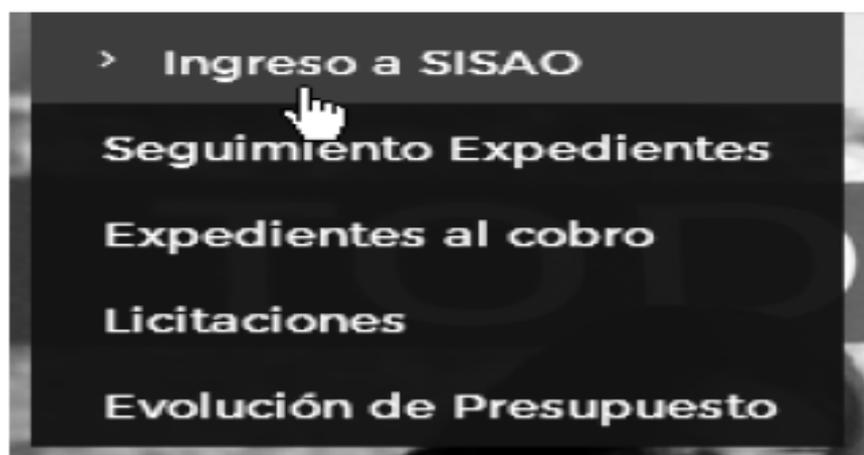
Al sistema informático se puede ingresar de 2 maneras:

1- Mediante la siguiente dirección:

<http://www.osep.mendoza.gov.ar/aplicaciones>

2- O bien mediante el sitio oficial de la OSEP el que posee la siguiente dirección: <http://www.osepmendoza.com.ar/>, donde deberá seleccionar la opción "Sistema OSEP" ubicada en la opción "Proveedores", tal como lo muestra la figura:

PROVEEDORES ▾ REVISTA



Habiendo ingresado por cualquiera de las 2 opciones antes mencionadas, aparecerá una pantalla de ingreso al Sistema, la cual solicitará el nombre de usuario y contraseña.

Recordar que el nombre de usuario debe estar escrito en minúscula y su contraseña debe tener como mínimo 8 caracteres mezclando letras y números para la cual debe respetar el orden y la forma con la que fue generada (mayúsculas y minúsculas).

En caso de no poseer usuario ni contraseña, comunicarse con la Mesa de Ayuda de la OSEP al siguiente teléfono: 0810-810-8222.

Respecto al uso de cada pantalla, se dispondrá de los manuales respectivos, que podrá obtener desde la opción AYUDA del menú, habiendo ingresado al sistema.

ANEXO VI

PLANILLA de MEDICAMENTOS de PLANES ESPECIALES



ISEP

## Planes Especiales

HISTORIA CLÍNICA E HISTORIA FARMACOLÓGICA

DATOS DEL PACIENTE (PRIMERA VEZ) ( ) RENOVACION ( )

Apellido y nombre	N° Afiliado	Edad	Peso
Curso			

## DIAGNOSTICO


## ESTADO ACTUAL


## ESTUDIOS E TRATAMIENTOS REALIZADOS - RESULTADOS


## FARMACOS ACTUAMENTE SOLICITADOS

Monograma (marca)	Concentraci mg/Litro	Ciclo	Tiempo estimado de tratamiento	Tiempo estimado entre control medico (Relacionado con modo de eficacia)

## OPINION MEDICA

Indicaciones		Fecha		
--------------	--	-------	--	--

Fecha de per

(firmado)

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

EL INFORME DE ACTUACIÓN FARMACOLÓGICA, HISTORIA CLÍNICA, HISTORIA FARMACOLÓGICA, CASOS CLÍNICOS, D.N.I. 1º y 2º NORA, (del paciente y del área)

EL PROFESIONAL ES RESPONSABLE CONSULTAR TODOS LOS CASOS, CON LITRA CLARA Y EN TINTA AZUL

**ANEXO VII**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA**

La/El que suscribe la presente Don/Doña \_\_\_\_\_,  
D.N.I./L.C./L.E N° Ced. Identidad N° \_\_\_\_\_ con domici-  
lio real en \_\_\_\_\_, Distrito  
\_\_\_\_\_, Departamento \_\_\_\_\_ de la  
provincia de Mendoza, de profesión  
\_\_\_\_\_, y con estudios Cursados  
\_\_\_\_\_, Afiliado a la Obra Social de Empleados Públi-  
cos N° \_\_\_\_\_, se dirige al Dr./  
Dra. \_\_\_\_\_, asistentes de su elección en el Sa-  
natorio y/o dependientes del mismo para autorizar la realización en mí,  
del procedimiento médico de diagnóstico y tratamiento médico y/o qui-  
rúrgico de Fertilización Asistida.

2- El Dr./Dra. \_\_\_\_\_, me han explicado com-  
pletamente la naturaleza y los fines de la operación/procedimiento y  
me han informado también de los esperados beneficios y complica-  
ciones (por causas conocidas y desconocidas), molestias  
concominantes y riesgos que pueden producirse, así como las posi-  
bles alternativas al tratamiento propuesto, habiéndoseme dado la oportu-  
nidad de hacer preguntas y hechas las mismas, éstas se me han  
contestado en forma completa y satisfactoria. Expresamente se me ha  
puesto en conocimiento de todos los métodos de Fertilización Asistida  
existentes, pero con expresa aclaración de los únicos que pueden ser  
llevados a cabo en la Obra Social a través del programa habiendo  
aceptado el por qué de la dificultad o impedimento para la utilización  
del total de los métodos existentes.

3- También entiendo que en el curso de la operación o procedimiento  
pueden presentarse condiciones imprevistas que necesiten procedi-  
mientos diferentes a los previstos. Consiento por lo tanto a la realiza-  
ción de operaciones o procedimientos adicionales que el médico o  
sus asociados o asistentes juzguen necesarios.

4- A los fines indicados acepto totalmente someterme a todos y cada  
uno de los exámenes previos que el profesional médico solicite antes  
del procedimiento médico quirúrgico solicitado.

5- Reconozco estar plenamente informada de que no se me ha dado  
garantía, ni seguridades respecto de los resultados que se esperan  
del procedimiento.

6- Se me ha informado que el procedimiento médico quirúrgico intenta provocar mi embarazo como asimismo que el mismo no asegura dicho resultado en todos los casos, por lo que no se me ha garantizado en forma alguna sus resultados, como declaro en el punto anterior. Conozco que si el procedimiento resulta exitoso, la consecuencia será la concepción de un hijo.

7- Que la petición que formulo, es la conclusión de una reflexión prolongada, previo informe del médico de la revelación de las posibilidades y alternativas a la misma, como asimismo los riesgos, complicaciones y alcances de ésta, las que han sido analizadas racional y objetivamente, y arribé a la presente petición con total discernimiento, intención y libertad, sin coacción o inducción alguna por parte del profesional que practicará la misma, pudiendo cambiar de mi opinión en cualquier momento y decidir no someterme al procedimiento indicado hasta el instante de ser llevado a cabo el mismo.

8- Consiento, asimismo, la administración de anestésicos que se consideren necesarios, a cuyos efectos reconozco que existen riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia y tales riesgos y sus consecuencias, me han sido concretamente explicados.

9- En prueba de conformidad con todo lo ante dicho y en pleno uso de mis facultades mentales y claro conocimiento de la decisión adoptada suscribo el presente consentimiento informado en Mendoza, a los \_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO.

DOCUMENTO

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO CÓNYUGE.

DOCUMENTO

FIRMA