DECLARACIÓN JURADA Y SOLICITUD DE COBERTURA TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (AMEBPBA)

I. REQUISITOS DE LA SOLICITUD

a) Credencial vigente de AMEBPBA de la persona afiliada solicitante.
b) Formulario de Solicitud y Autorización de Tratamiento de Medicina Reproductiva, completado y suscripto por el médico especialista tratante. El formulario debe indicar la técnica propuesta, su fundamentación médica y el centro asistencial donde se realizará.
c) Resumen de historia clínica y resultados de los estudios complementarios requeridos en el formulario.
d) La presente Declaración Jurada, suscripta por la persona afiliada solicitante y, si corresponde, por su cónyuge o conviviente. Debe renovarse en forma previa a cada procedimiento.
e) El centro asistencial interviniente debe estar habilitado e inscripto en el registro previsto en el la Ley N° 26.862, dentro del Registro Federal de Establecimientos de Salud (ReFES).
f) La cobertura se otorga a personas afiliadas mayores de edad, en los términos de la Ley N° 26.862.

II. SOLICITUD Y ALCANCE DE LA COBERTURA

Quien/es suscribe/n solicita/n a AMEBPBA la cobertura del tratamiento de Reproducción Médicamente Asistida (RMA) bajo la Ley N° 26.862 y normas complementarias. Asimismo, declara/n bajo juramento conocer y aceptar los siguientes alcances y condiciones:

1. Tratamientos de baja complejidad. Comprenden hasta cuatro (4) tratamientos anuales. Consisten en la unión de óvulo y espermatozoide en el interior del sistema reproductor e incluyen la inducción de ovulación, la estimulación ovárica controlada, el desencadenamiento de la ovulación y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos de la pareja o de donante.
2. Tratamientos de alta complejidad. Comprenden hasta tres (3) tratamientos. Consisten en la unión de óvulo y espermatozoide fuera del sistema reproductor e incluyen la fecundación in vitro (FIV), la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones y la vitrificación de tejidos reproductivos.
3. Intervalo entre tratamientos. Entre cada uno de los tratamientos, sean de baja o de alta complejidad, debe mediar un intervalo mínimo de tres (3) meses.
4. Escalonamiento. El acceso a técnicas de alta complejidad requiere como mínimo tres (3) intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de la técnica de mayor complejidad.
5. Etapas del tratamiento de alta complejidad con ovocitos propios:
• estimulación ovárica controlada y monitoreo;
• aspiración folicular bajo control ecográfico;
• procesamiento de la muestra seminal;
• inseminación (FIV) o microinseminación (ICSI) de ovocitos;
• cultivo embrionario in vitro;
• criopreservación de embriones;
• transferencia de embriones frescos o criopreservados en la persona afiliada, hasta un máximo de tres (3) transferencias por tratamiento.

6. Etapas del tratamiento de alta complejidad con ovocitos donados:
• preparación endometrial de la persona receptora;
• estimulación ovárica controlada y aspiración ovocitaria de la donante;
• procesamiento de la muestra seminal;
• inseminación o microinseminación de los ovocitos donados;
• cultivo embrionario in vitro;
• criopreservación de embriones;
• transferencia de embriones frescos o criopreservados en la persona afiliada, hasta un máximo de tres (3) transferencias por tratamiento.
7. Donación de gametos y embriones. Los gametos o embriones donados deben provenir exclusivamente de bancos inscriptos en el ReFES. La donación integra cada procedimiento y nunca tendrá carácter lucrativo o comercial (art. 8°, Decreto N° 956/2013). En consecuencia, queda excluido todo pago, incentivo o compensación a la persona donante que desnaturalice el carácter altruista de la donación.
8. Criterios etarios. Los firmantes toman conocimiento de los criterios establecidos por la normativa vigente:
• hasta cuarenta y cuatro (44) años al momento de acceder al tratamiento con óvulos propios;
• hasta cincuenta y un (51) años con óvulos donados;
• la persona de entre 44 y 51 años que hubiera criopreservado sus óvulos antes de cumplir los 44 años podrá utilizarlos.

III. DECLARACIONES Y EXCLUSIONES

Declaro/declaramos bajo juramento:
a) Información de salud. Haber informado al equipo médico tratante la totalidad de nuestros antecedentes de salud, incluidas enfermedades crónicas y enfermedades infectocontagiosas de transmisión vertical. Asimismo, que dicho equipo evaluó la inexistencia de contraindicaciones médicas para el procedimiento.
b) Gestación por sustitución. La cobertura a cargo de AMEBPBA comprende los actos médicos practicados sobre el cuerpo de la persona afiliada beneficiaria. Quedan fuera de la cobertura:
• la transferencia embrionaria en una tercera persona gestante;
• los controles, seguimiento obstétrico, internación y parto de esa persona.
Esta exclusión no afecta los derechos que a la persona gestante le correspondan frente a su propio agente de salud, ni la cobertura del recién nacido una vez incorporado como afiliado.
c) Diagnóstico Genético Preimplantatorio. El Diagnóstico Genético Preimplantatorio (DGP) y las técnicas de tamizaje genético embrionario no integran las prestaciones de la Ley N° 26.862 y su reglamentación. En consecuencia, quedan excluidos de la cobertura.
d) Selección embrionaria. Quedan excluidos de la cobertura los procedimientos de selección embrionaria con fines no terapéuticos.
e) Veracidad. La información consignada es veraz y completa. Su falsedad u omisión faculta a AMEBPBA a denegar o suspender la cobertura y a reclamar el reintegro de las prestaciones otorgadas en base a ella.
f) Datos personales. Presto/prestamos consentimiento para que AMEBPBA trate los datos de salud aquí consignados con el exclusivo fin de evaluar y gestionar la cobertura, con resguardo de su confidencialidad.

IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro/declaramos haber recibido del Dr./Dra._____,

del centro asistencial _____, información detallada sobre:

• el procedimiento indicado;
• sus beneficios, riesgos, complicaciones y alternativas.

Asimismo, declaro/declaramos haber otorgado ante dicho centro el consentimiento previo, informado y libre exigido por los artículos 560 y 561 del Código Civil y Comercial de la Nación y por la Ley N° 26.529. Ese consentimiento debe renovarse cada vez que se utilicen gametos o embriones.
La presente no sustituye dicho consentimiento, cuya copia podrá ser requerida por AMEBPBA.
Esta declaración tiene efectos administrativos y de encuadre de cobertura ante AMEBPBA.

En la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma de la persona afiliada solicitante:_____

Aclaración:_____

DNI: _____ N° de afiliado/a: _____

Domicilio: _____

Firma del cónyuge o conviviente (si corresponde):_____

Aclaración: _____

DNI: _____ N° de afiliado/a (si corresponde):_____