

COBERTURA DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA (Resol. 01391576-22)

- Nota de solicitud dirigida al Director/a de OSEP firmada por el afiliado titular, donde conste: firma y aclaración, DNI, N° de carné, domicilio, teléfono y mail.
- Prescripción médica de especialista e historia clínica completa y actualizada con detalle de tratamientos realizados previamente y sus resultados.
- Estudios previos (dosajes hormonales, histerosalpingografía, espermograma, serología, etc) que acrediten causas anatómicas o fisiológicas del impedimento.
- Presentación de uno o dos presupuestos de centros especializados.
- Fotocopia de DNI.
- Último recibo de haberes.

- Consentimiento informado con la firma de los dos integrantes de la pareja y médico.
- Para acceder al presente beneficio, la antigüedad mínima como afiliado es de dos años, cualquiera sea su naturaleza.

Importante: queda a consideración de Auditoría Médica la posibilidad de solicitar otros requisitos o estudios.

Descargar documentos en página WEB: www.osep.gob.ar

- [Nota de solicitud](#)

¿Dónde realizar el trámite?

Puede realizarlo de manera presencial en Casa Central o enviar la documentación a mesadeentrada.osep@gmail.com