

## **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, aclaración de ambos integrantes de la pareja.

2). Prescripción médica (emitido por profesional tratante de cartilla u Hospital Público) con indicación de derivación a tratamiento de fertilidad médicamente asistida detallando peso y altura de la mujer, y diagnóstico de ambos integrantes de la pareja.

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

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

NOTA: El trámite que usted está iniciando es para ser evaluado por Auditoria 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](mailto:gerenciadesalud@unionpersonal.com.ar)