

## Mutualidad General Judicial

INFORME CLÍNICO PARA EL VISADO DE MEDICAMENTOS INDICADOS PARA TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE LOS CICLOS AUTORIZADOS POR LA ENTIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN DEL MUTUALISTA EN APLICACIÓN DEL CONCIERTO DE ASISTENCIA SANITARIA VIGENTE  
AVISO: SOLO SE VISARÁN LOS MEDICAMENTOS QUE CORRESPONDAN A CICLOS AUTORIZADOS POR LA ENTIDAD MÉDICA EN APLICACIÓN DEL CONCIERTO SANITARIO VIGENTE

Nombre y Apellidos del Médico \_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Centro Concertado \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos de la Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Entidad Médica \_\_\_\_\_ Nº de Afiliación a MUGEJU \_\_\_\_\_

CAUSA DE ESTERILIDAD: \_\_\_\_\_  
Este informe tendrá validez para una técnica y ciclo determinado; el cambio de técnica o la alteración de la pauta de tratamiento requerirá nuevo informe.

TECNICA	Nº DE CICLOS	EDAD MUJER	Nº. de Ciclo:
<b>INSEMINACIÓN ARTIFICIAL</b>	Máximo 6 entre los dos procedimientos		Medicamentos prescritos:
Semen de la pareja... <input type="checkbox"/>	Máximo 4 ciclos	Menor 38 años	
Semen donante ..... <input type="checkbox"/>	Máximo 6 ciclos	Menor 40 años	
<b>FECUNDACIÓN IN VITRO</b>	Máximo 4 entre los dos procedimientos		
Gametos propios..... <input type="checkbox"/>	Máximo 3 ciclos	Menor 40 años	
Gametos donados..... <input type="checkbox"/>	Máximo 3 ciclos		
<b>TRANSFERENCIA DE PREEMBRIONES CRIOPRESERVADOS</b>			
Para uso propio..... <input type="checkbox"/>		Menor 50 años	
Para donación ..... <input type="checkbox"/>		Menor 40 años	

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_