

MODELO DE INFORME MÉDICO PARA EL VISADO DE MEDICAMENTOS INDICADOS PARA TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE LOS CICLOS AUTORIZADOS POR LA ENTIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN DEL MUTUALISTA(*)

**Sólo se visarán los medicamentos que correspondan a ciclos autorizados por la Entidad Médica en aplicación del concierto sanitario vigente.*

**Este informe tendrá validez para una técnica y ciclo determinados; el cambio de técnica, de nuevo ciclo o la alteración de la pauta de tratamiento, requerirá un nuevo informe.*

Nombre/apellidos del Médico Especialista:	
Nº de Colegiado	
Especialidad:	
Centro concertado:	
Entidad médica:	
Nombre/apellidos de la mujer que se somete a RHA:	
Fecha de nacimiento: / /	Nº afiliación MUGEJU

CAUSA DE ESTERILIDAD:

TÉCNICA	Nº MÁXIMO DE CICLOS	EDAD MUJER	Nº DE CICLO: FECHA:	Nº ENVASES
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE PAREJA..... <input type="checkbox"/>	4	Menor de 38 años	MEDICAMENTOS PRESCRITOS:	Nº ENVASES
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE DONANTE <input type="checkbox"/>	6	Menor de 40 años		
FIV CON GAMETOS PROPIOS..... <input type="checkbox"/>	3	Menor de 40 años		
FIV CON GAMETOS DONADOS..... <input type="checkbox"/>	3	Menor de 40 años		
TRANSFERENCIA PREEMBRIONES CONGELADOS PROPIOS..... <input type="checkbox"/>	—	Menor de 50 años		
TRANSFERENCIA PREEMBRIONES CONGELADOS DE DONANTE..... <input type="checkbox"/>	—	Menor de 40 años		

Lugar, fecha y firma del Médico:

Firma: