

Comisión Auxiliar Mixta

SOLICITUD DE CONDONACIÓN DE PAGO POR SERVICIOS DE SALUD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA			
1/ NÚM. DE CASO:	2/ NÚM. DE SESIÓN:	3/ FECHA DE SESIÓN (DÍA, MES Y AÑO):	4/ NÚM. DE FOLIO:
PARA SER LLENADO POR LA O EL DERECHOHABIENTE			
5/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD:			6/ CLAVE ISSEMyM:
7/ LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD ES: <input type="checkbox"/> PERSONA SERVIDORA PÚBLICA <input type="checkbox"/> PERSONA PENSIONADA <input type="checkbox"/> PERSONA AUTORIZADA			
8/ DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NÚM. EXTERIOR Y/O INTERIOR):		9/ COLONIA:	10/ CÓDIGO POSTAL:
11/ POBLACIÓN:	12/ MUNICIPIO O ALCALDÍA:	13/ ESTADO:	14/ TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL:
15/ CORREO ELECTRÓNICO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES:			

NOTA: CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 25, FRACCIÓN V Y 26 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO DE MÉXICO, SE REQUIERE SEÑALE CORREO ELECTRÓNICO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES, MISMO QUE QUEDARÁ SEÑALADO COMO DOMICILIO ELECTRÓNICO DENTRO DEL EXPEDIENTE FORMADO MOTIVO DE LA SOLICITUD.

16/ NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA EN LA QUE TRABAJA:		17/ DIRECCIÓN O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:	
18/ SINDICATO AL QUE PERTENECE: <input type="checkbox"/> SMSEM <input type="checkbox"/> SUTEyM <input type="checkbox"/> UAEM <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> NINGUNO			
19/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA:			20/ PARENTESCO:
21/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA DEL ISSEMyM DONDE SE ATENDIÓ:			
22/ FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO A LA UNIDAD MÉDICA:		23/ FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
24/ DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
25/ IMPORTE SOLICITADO CON NÚMERO:		26/ IMPORTE SOLICITADO CON LETRA:	

27/ ANEXAR A LA SOLICITUD EL(LOS) SIGUIENTE(S) DOCUMENTO(S) SEGÚN SEA EL CASO	
<input type="checkbox"/> ESCRITO DIRIGIDO A LA PRESIDENTA O PRESIDENTE DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA, EN EL QUE SOLICITE LA CONDONACIÓN DE LA CUENTA GENERADA POR SERVICIOS DE SALUD.	<input type="checkbox"/> COPIA DEL COMPROBANTE O TALÓN DE PAGO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD, CORRESPONDIENTE AL PERIODO EN QUE SE SUSCITARON LOS HECHOS.
<input type="checkbox"/> COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD.	<input type="checkbox"/> RESUMEN CLÍNICO ORIGINAL DE ACUERDO CON LA NORMA OFICIAL MÉXICANA NOM-004-SSA3-2012, EMITIDO POR LA UNIDAD MÉDICA DÓNDE SE ATENDIÓ A LA O AL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE.
<input type="checkbox"/> COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE DE LA O DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE.	<input type="checkbox"/> ESTADO DE CUENTA ORIGINAL. GENERADO POR LA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA EN EL INSTITUTO, A LA O AL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE.
<input type="checkbox"/> COPIA DE LA CREDENCIAL VIGENTE DE AFILIACIÓN AL ISSEMyM DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD.	<input type="checkbox"/> COPIA DEL DOCUMENTO QUE ACREDITE LA VIGENCIA DE DERECHOS DE LA O DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE (EN CASO DE QUE EXISTA).

28/ OBSERVACIONES:

29/ SOLICITÓ	30/ RECIBIÓ RECEPCIONISTA	31/ COLOCAR SELLO DE RECIBIDO
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	_____ NOMBRE COMPLETO, FIRMA	32/ FECHA EN QUE SE RECIBE:

NOTA: CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 39 DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA, LA SOLICITUD DE CONDONACIÓN DE PAGO POR SERVICIOS DE SALUD PRESENTADA POR LA O EL INTERESADO(A), SE DETERMINARÁ PREVIA VALORACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN, DE FORMA DISCRECIONAL Y NO OBLIGATORIA.

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de condonación de pago por servicios de salud.		
Objetivo: Solicitar la condonación de pago de los gastos generados, por la atención médica otorgada en el Instituto a pacientes no derechohabientes.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original y la primera copia se anexan al expediente del caso para su dictaminación, la segunda copia se entrega a la persona que realiza la solicitud.		
Clave: A 0000 002/22.		
Núm.	Concepto	Descripción
PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA		
1	NÚM. DE CASO	Anotar el número de caso asignado a la solicitud en la sesión, según corresponda.
2	NÚM. DE SESIÓN	Registrar el número de sesión en la que se dictaminó la solicitud.
3	FECHA DE SESIÓN	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se llevó a cabo la sesión donde se dictaminó la solicitud.
4	NÚM. DE FOLIO	Indicar el número ascendente asignado a la solicitud de condonación de pago por servicios de salud, según corresponda.
PARA SER LLENADO POR LA O EL DERECHOHABIENTE		
5	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona que realiza la solicitud de condonación de pago por servicios de salud.
6	CLAVE ISSEMyM	Escribir la clave de afiliación al ISSEMyM de la persona servidora pública o pensionada (con 7 dígitos).
7	LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, a la persona que solicita la condonación de pago por servicios de salud.
8	DOMICILIO COMPLETO	Anotar el nombre completo de la calle, avenida, número exterior y/o interior donde se ubica la vivienda de la persona que realiza la solicitud.
9	COLONIA	Escribir el nombre completo de la colonia donde se ubica el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
10	CÓDIGO POSTAL	Indicar el número de la zona postal a la cual corresponde el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
11	POBLACIÓN	Anotar el nombre completo de la población o localidad donde se ubica el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
12	MUNICIPIO O ALCALDÍA	Especificar el nombre completo del municipio o alcaldía donde se ubica el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
13	ESTADO	Anotar el nombre completo de la entidad federativa donde se ubica el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
14	TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL	Registrar el número telefónico fijo del domicilio, oficina o celular, donde se localice a la persona servidora pública o pensionada.
15	CORREO ELECTRÓNICO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES	Anotar la dirección de correo electrónico, para oír y recibir notificaciones.
16	NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA EN LA QUE TRABAJA	Escribir el nombre completo de la institución pública donde trabaja la persona servidora pública o pensionada.
17	DIRECCIÓN O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	Anotar el nombre completo de la Dirección, Subdirección, Departamento o Área específica de quien depende orgánicamente el lugar de trabajo de la persona servidora pública o pensionada.
18	SINDICATO AL QUE PERTENECE	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sindicato al que pertenece la persona servidora pública o pensionada.
19	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA	Asentar apellido paterno, materno y nombre(s) de la o del paciente no derechohabiente a quien se le proporcionó la atención médica en el Instituto.
20	PARENTESCO	Especificar el parentesco de la persona servidora pública o pensionada con la o el paciente no derechohabiente.
21	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA DEL ISSEMyM DONDE SE ATENDIÓ	Anotar el nombre completo de la unidad médica del ISSEMyM donde se atendió a la o al paciente no derechohabiente.
22	FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO A LA UNIDAD MÉDICA	Registrar la fecha (día, mes y año) de ingreso hospitalario a la unidad médica del Instituto.

Núm.	Concepto	Descripción
23	FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar la fecha (día, mes y año) de egreso hospitalario de la unidad médica del Instituto.
24	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Asentar el diagnóstico médico que se indica en el resumen clínico de la o del paciente no derechohabiente que recibió la atención médica en el Instituto.
25	IMPORTE SOLICITADO CON NÚMERO	Anotar con número el monto del importe solicitado de la condonación de pago por servicios de salud.
26	IMPORTE SOLICITADO CON LETRA	Escribir con letra el monto del importe solicitado por condonación de pago por servicios de salud.
27	ANEXAR A LA SOLICITUD EL(LOS) SIGUIENTE(S) DOCUMENTO(S) SEGÚN SEA EL CASO	Marcar con una X en el recuadro según corresponda a la documentación soporte que se anexa a la solicitud de condonación de pago por servicios de salud.
28	OBSERVACIONES	Para uso exclusivo de la Comisión Auxiliar Mixta Especificar las observaciones respecto a la documentación recibida al inicio del trámite, por ejemplo: documentación faltante, monto solicitado debidamente justificado, etcétera.
29	SOLICITÓ	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona que solicita la condonación de pago por servicios de salud.
30	RECIBÍÓ	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona que recibe la solicitud,
31	COLOCAR SELLO DE RECIBIDO	Plasmar en el recuadro el sello que contiene la fecha (día, mes y año), en que se recibe la solicitud de condonación de pago por servicios de salud.
32	FECHA EN QUE SE RECIBE	Registrar fecha (día, mes y año) en que se recibe la solicitud de condonación de pago por servicios de salud.