

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS 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 REGIÓN:	5/ NÚM. DE FOLIO:
------------------	--------------------	--------------------------------------	--------------------	-------------------

PARA SER LLENADO POR LA O EL DERECHOHABIENTE

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD:			7/ CLAVE ISSEMYP:	
8/ LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD ES:				
<input type="checkbox"/> PERSONA SERVIDORA PÚBLICA		<input type="checkbox"/> PERSONA PENSIONADA		<input type="checkbox"/> PERSONA AUTORIZADA
9/ DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NÚM. EXTERIOR Y/O INTERIOR):		10/ COLONIA:		11/ CÓDIGO POSTAL:
12/ POBLACIÓN:	13/ MUNICIPIO O ALCALDÍA:	14/ ESTADO:	15/ TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL:	
16/ CORREO ELECTRÓNICO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES:				

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.

17/ NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA EN LA QUE TRABAJA:		18/ DIRECCIÓN O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:		
19/ SINDICATO AL QUE PERTENECE:				
<input type="checkbox"/> SMSEM	<input type="checkbox"/> SUTEYM	<input type="checkbox"/> UAEM	<input type="checkbox"/> UPP	<input type="checkbox"/> NINGUNO

20/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE DERECHOHABIENTE:		21/ PARENTESCO:		
---	--	-----------------	--	--

22/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN:				
---	--	--	--	--

23/ NOMBRE COMPLETO Y TIPO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA DONDE SE ATENDIÓ:				
			<input type="checkbox"/> PÚBLICA	<input type="checkbox"/> PRIVADA

24/ PREVIO A SU ATENCIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO O PRIVADO ¿SE ATENDIÓ EN EL ISSEMYP?		25/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA DEL ISSEMYP DONDE SE ATENDIÓ:		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

26/ NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO MÉDICO O ESPECIALIDAD:				
---	--	--	--	--

27/ FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO A LA UNIDAD MÉDICA:		28/ FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO DE LA UNIDAD MÉDICA:		
---	--	---	--	--

29/ DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
-------------------------	--	--	--	--

30/ IMPORTE SOLICITADO CON NÚMERO:		31/ IMPORTE SOLICITADO CON LETRA:		
------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--

32/ 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 EXPRESE LOS MOTIVOS DE SU ATENCIÓN MÉDICA EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD.	<input type="checkbox"/> PLACAS E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS, USG (ULTRASONIDO) U OTROS.
<input type="checkbox"/> COPIA DE LA CREDENCIAL DE AFILIACIÓN VIGENTE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD Y DE LA O DEL PACIENTE DERECHOHABIENTE.	<input type="checkbox"/> RESULTADO(S) DE ESTUDIO(S) DE LABORATORIO.
<input type="checkbox"/> COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD Y DE LA O DEL PACIENTE DERECHOHABIENTE.	<input type="checkbox"/> RESULTADO(S) ORIGINAL(S) DE ESTUDIO(S) HISTOPATOLÓGICO(S).
<input type="checkbox"/> COPIA DEL COMPROBANTE O TALÓN DE PAGO CORRESPONDIENTE AL PERIODO EN QUE SE SUSCITARON LOS HECHOS.	<input type="checkbox"/> FACTURAS VIGENTES ORIGINALES CON LOS REQUISITOS FISCALES CORRESPONDIENTES, EXPEDIDAS A NOMBRE DE LA O DEL DERECHOHABIENTE.
<input type="checkbox"/> RESUMEN CLÍNICO Y RECETAS MÉDICAS ORIGINALES DE ACUERDO CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, EMITIDAS POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ A LA O AL PACIENTE DERECHOHABIENTE.	

33/ OBSERVACIONES:				
--------------------	--	--	--	--

34/ SOLICITÓ		35/ RECIBIÓ RECEPCIONISTA		36/ COLOCAR SELLO DE RECIBIDO
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		_____ 37/ FECHA EN QUE SE RECIBE:

CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 32 DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA, EN CASO DE QUE LA COMISIÓN DICTAMINE COMO PROCEDENTE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS DE SALUD, AL ACREDITARSE LOS SUPUESTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 47 DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS, ÉSTE SE OTORGARÁ CONFORME AL TABULADOR QUE SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DE LA SOLICITUD. EN NINGÚN CASO EL REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS PODRÁ EXCEDER LAS TARIFAS ESTABLECIDAS EN EL TABULADOR APROBADO POR LA COMISIÓN.

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud.		
Objetivo: Solicitar el pago de los gastos generados por la atención médica recibida en instituciones de salud que no dependen del ISSEMYM.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original y una 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 001/23.		
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 REGIÓN	Anotar la región (con número romano) a la que pertenece la unidad médica donde se atendió a la o al paciente derechohabiente.
5	NÚM. DE FOLIO	Indicar el número ascendente asignado a la solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud, según corresponda.
PARA SER LLENADO POR LA O EL DERECHOHABIENTE		
6	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 reembolso de gastos por servicios de salud.
7	CLAVE ISSEMYM	Escribir la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública o pensionada (7 dígitos).
8	LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, a la persona que realiza la solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud.
9	DOMICILIO COMPLETO	Anotar el nombre completo de la calle, avenida, número exterior y/o interior donde se ubica la vivienda de la persona servidora pública o pensionada.
10	COLONIA	Escribir el nombre completo de la colonia donde se localiza el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
11	CÓDIGO POSTAL	Indicar el número de la zona postal a la cual corresponde el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
12	POBLACIÓN	Anotar el nombre completo de la población o localidad donde se encuentra el domicilio de la de la persona servidora pública o pensionada.
13	MUNICIPIO O ALCALDÍA	Especificar el nombre completo del municipio o alcaldía donde se ubica el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
14	ESTADO	Anotar el nombre completo de la entidad federativa donde se localiza el domicilio de la persona servidora pública o pensionada.
15	TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL	Registrar el número telefónico fijo y/o móvil donde se localice a la persona servidora pública o pensionada.
16	CORREO ELECTRÓNICO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES	Anotar la dirección de correo electrónico de la persona servidora pública o pensionada, para oír y recibir notificaciones.
17	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 o en su caso, del familiar directo que realiza la solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud.
18	DIRECCIÓN O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	Anotar el nombre de la Dirección, Subdirección, Departamento o Área específica de quien depende orgánicamente el lugar de trabajo de la o paciente derechohabiente o en su caso, del familiar directo que realiza la solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud.
19	SINDICATO AL QUE PERTENECE	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sindicato al que pertenece la persona servidora pública o pensionada.
20	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL PACIENTE DERECHOHABIENTE	Asentar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la o del paciente derechohabiente a quien se proporcionó la atención médica en otra institución de salud que no depende del ISSEMYM.
21	PARENTESCO	Especificar el parentesco de la persona que realiza la solicitud con la o el paciente derechohabiente.
22	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN	Asentar el nombre completo de la unidad médica de adscripción de la o del paciente derechohabiente.
23	NOMBRE COMPLETO Y TIPO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA DONDE SE ATENDIÓ	Anotar el nombre completo de la institución médica donde se atendió a la o al paciente derechohabiente y marcar con una X en el recuadro correspondiente para indicar si pertenece al sector público o privado.
24	PREVIO A SU ATENCIÓN EN EL SERVICIO PÚBLICO O PRIVADO ¿SE ATENDIÓ EN EL ISSEMYM?	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la opción según corresponda.

Núm.	Concepto	Descripción
25	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA DEL ISSEMYM DONDE SE ATENDIÓ	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se atendió a la o al paciente derechohabiente.
26	NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO MÉDICO O ESPECIALIDAD	Registrar el nombre completo del servicio médico o especialidad en que se atendió a la o al paciente derechohabiente.
27	FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO A LA UNIDAD MÉDICA	Registrar la fecha (día, mes y año) de ingreso hospitalario de la o del paciente derechohabiente a la unidad médica donde recibió la atención médica.
28	FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar la fecha (día, mes y año) de egreso hospitalario de la o del paciente derechohabiente de la unidad médica donde recibió la atención médica.
29	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Asentar el diagnóstico médico que se indica en el resumen clínico de la o del paciente derechohabiente que recibió la atención médica.
31	IMPORTE SOLICITADO CON NÚMERO	Anotar con número, el monto del importe solicitado por reembolso de gastos por servicios de salud.
31	IMPORTE SOLICITADO CON LETRA	Escribir con letra, el monto del importe solicitado por reembolso de gastos por servicios de salud.
32	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 reembolso de gastos por servicios de salud.
33	OBSERVACIONES	Para uso exclusivo de la Comisión Auxiliar Mixta Especificar las observaciones respecto a la documentación recibida al inicio del trámite.
34	SOLICITÓ	Anotar nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona que solicita el reembolso de gastos por servicios de salud.
35	RECIBIÓ	Escribir nombre(s), apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona que recibe la solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud.
36	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 reembolso de gastos por servicios de salud.
37	FECHA EN QUE SE RECIBE	Registrar fecha (día, mes y año) en que se recibe la solicitud de reembolso de gastos por servicios de salud.