



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIO DE SALUD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA			
1/ No. DE SESIÓN	2/ No. DE CASO	3/ No. DE FOLIO	
PARA SER LLENADO POR EL DERECHOHABIENTE			
4/ NOMBRE COMPLETO			5/ CLAVE ISSEMyM
6/ TIPO DE DERECHOHABIENTE <input type="radio"/> PENSIONADO <input type="radio"/> PENSIONISTA <input type="radio"/> SERVIDOR PÚBLICO <input type="radio"/> CÓNYUGE <input type="radio"/> HIJO <input type="radio"/> OTROS (ESPECIFIQUE): _____			
7/ DOMICILIO	8/ No. EXT/ INT.	9/ COLONIA	10/ CÓDIGO POSTAL
11/ POBLACIÓN	12/ MUNICIPIO	13/ ESTADO	14/ TELÉFONO FIJO Y/O MÓVIL
15/ INSTITUCIÓN PÚBLICA EN LA QUE TRABAJA		16/ DIRECCIÓN O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	
17/ NOMBRE COMPLETO DE UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN			18/ NOMBRE DEL SINDICATO AL QUE PERTENECE
19/ IMPORTE CON NÚMERO		20/ IMPORTE CON LETRA	
21/ INSTITUCIÓN MÉDICA DONDE SE ATENDIÓ: <input type="radio"/> OFICIAL <input type="radio"/> PRIVADA			
22/ DIAGNÓSTICO			
23/ MOTIVO POR EL CUAL NO SE ATENDIÓ EN EL SERVICIO MÉDICO DEL ISSEMyM			
24/ ANEXAR A LA SOLICITUD EL (LOS) SIGUIENTE (S) DOCUMENTO (S) SEGÚN SEA EL CASO			
<input type="radio"/> ESCRITO DIRIGIDO AL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA, EN EL QUE EXPRESE LOS MOTIVOS DE SU ATENCIÓN EN EL SERVICIO PARTICULAR		<input type="radio"/> OFICIO DE CANALIZACIÓN Y CARNET DE CITAS	
<input type="radio"/> COPIA DE LA CREDENCIAL DE AFILIACIÓN		<input type="radio"/> FACTURAS VIGENTES ORIGINALES PAGADAS	
<input type="radio"/> COPIA DEL TALÓN DE PAGO DEL PERIODO EN QUE SE SUSCITARON LOS HECHOS		<input type="radio"/> PLACAS RADIOGRÁFICAS, USG (ULTRASONIDO) U OTROS	
<input type="radio"/> RESUMEN CLÍNICO Y RECETAS MÉDICAS PARTICULARES		<input type="radio"/> RESULTADO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO	
<input type="radio"/> RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO			
25/ SOLICITANTE		26/ RECEPCIÓN DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA	
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		_____ SELLO Y FIRMA	
NOTA: EN CASO DE AUTORIZACIÓN DEL REEMBOLSO, ÉSTE SE OTORGA DE ACUERDO AL TABULADOR VIGENTE, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 47 DE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.			



INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre del Formato: Solicitud de Reembolso de Gastos por Servicios de Salud.		
Objetivo: Solicitar el pago de los gastos generados por atención médica recibida fuera del instituto. Clave: A 0000 001/17.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y copia, el original se anexa el expediente del caso para su dictaminación y la copia se entrega al derechohabiente.		
No.	Concepto	Descripción
1	No. de Sesión	Para uso exclusivo de la Comisión Auxiliar Mixta.
2	No. de Caso	Para uso exclusivo de la Comisión Auxiliar Mixta.
3	No. de Folio	Para uso exclusivo de la Comisión Auxiliar Mixta.
4	Nombre completo	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	Clave ISSEMyM	Anotar la clave de afiliación al ISSEMyM del derechohabiente (con 7 dígitos).
6	Tipo de derechohabiente	Rellenar el círculo según el tipo de derechohabiente al cual pertenece el paciente que solicita reembolso de los gastos: pensionado, pensionista, servidor público, cónyuge, hijos u otros dependientes.
7	Domicilio	Anotar el nombre de la calle o avenida donde se ubica la vivienda del solicitante del reembolso de los gastos.
8	No. exterior / interior	Anotar el número exterior y/o interior del domicilio del solicitante del reembolso de los gastos.
9	Colonia	Anotar el nombre de la colonia donde se ubica el domicilio del solicitante del reembolso de los gastos.
10	Código postal	Anotar el número de la zona postal a la cual corresponde el domicilio del solicitante del reembolso de los gastos.
11	Población	Anotar el nombre de la población o localidad donde se ubica el domicilio del solicitante del reembolso de los gastos.
12	Municipio	Anotar el nombre del municipio donde se ubica el domicilio del solicitante del reembolso de los gastos.
13	Estado	Anotar el nombre de la entidad federativa donde se ubica el domicilio del solicitante del reembolso de los gastos.
14	Teléfono fijo y/o móvil.	Anotar el número telefónico del domicilio, oficina o celular, donde se localice el solicitante del reembolso de los gastos.
15	Institución pública en la que trabaja	Anotar el nombre del lugar de trabajo del paciente derechohabiente o familiar directo que solicita el reembolso de los gastos.
16	Dirección o área de adscripción	Anotar el nombre de la Dirección, Subdirección, Departamento o área específica de quien depende orgánicamente el lugar de trabajo del paciente derechohabiente o del solicitante del reembolso de los gastos.
17	Nombre completo de la unidad médica de adscripción	Anotar el nombre completo de la unidad médica de adscripción del derechohabiente.
18	Nombre completo del sindicato al que pertenece	En caso de que el derechohabiente cuente con afiliación a algún sindicato, escribir el nombre completo del mismo.
19	Importe con número	Anotar con número, el monto del importe solicitado como reembolso de los gastos.
20	Importe con letra	Anotar con letra, el monto del importe solicitado como reembolso de los gastos.
21	Institución médica donde se atendió	Anotar el nombre(s) de la institución médica en la que se atendió el paciente y señalar con una "X" si es oficial o privada.
22	Diagnóstico	Asentar el diagnóstico clínico que se indica en el resumen clínico del paciente atendido en consulta.
23	Motivo por el cual no se atendió en el servicio médico del ISSEMyM y/o unidad médica del ISSEMyM a la que acudió.	Explicar en forma concreta, porque motivo no se atendió al paciente en unidades médicas del ISSEMyM.
24	Anexar a la solicitud el(los) siguiente(s) documento(s) según sea el caso	Rellenar el círculo que corresponda a la documentación soporte que se anexa a la solicitud.
25	Nombre y firma	Anotar el nombre completo y la firma del solicitante del reembolso de los gastos médicos.
26	Sello y firma de la Comisión Auxiliar Mixta	Para uso exclusivo de la Comisión Auxiliar Mixta