



**Subdirección de Servicio Médico  
SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Empleado: <input type="checkbox"/>	Jubilado: <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
Nombre del Titular: _____	Clave Adsc: _____	
Puesto: _____	No.Nómina: _____	
Derechohabiente: _____		
Lugar de Residencia: _____		
Firma del titular: _____		

<b>REEMBOLSO DE:</b>		
Honorarios médicos <input type="checkbox"/>	Gabinete RX/Laboratorio <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>
Medicamentos <input type="checkbox"/>	Prótesis/Aparato ortopédico <input type="checkbox"/>	Óptica <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>		
Nombre o razón social del prestador de servicios: _____		
Registro Federal de Contribuyentes: _____		
Especialidad: _____		
Número de anexos: _____	Importe solicitado: _____	

**PARA REQUISITAR POR EL SERVICIO MÉDICO**

NO. DE ENTE _____	Importe autorizado \$ _____
-------------------	-----------------------------

**OBSERVACIONES:**

R0022/SERVMED Versión: 2 Emisión: 2025  
 NOTA: EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES FISCALES, ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL CFDI DEL PRESENTE REEMBOLSO, NO PODRÁ VOLVER A PRESENTARSE ANTE EL SAT, SI SE RECIBIÓ UN REEMBOLSO AL 100% O BIEN SOLAMENTE SOLICITAR LA DEDUCIBILIDAD DE LA PARTE NO REEMBOLSADA POR LA INSTITUCIÓN.

