

Administración de Recursos los Humanos

CLAVE
MN-EBA-04

VERSIÓN	9	FECHA	Agosto, 2024
---------	---	-------	--------------

VII.5 REGLAMENTO DEL SERVICIO MÉDICO

INDICE

1. Objetivo.
2. Presentación.
3. Consideraciones de carácter general.
4. Atención médica de urgencias
5. Atención médica en las instalaciones de Nacional Financiera.
6. Medicina de primer nivel o primer contacto
7. Medicina de segundo y tercer nivel en oficina matriz y direcciones regionales y estatales
8. Servicio dental
9. Incapacidades médicas
10. Farmacia y suministro de medicamentos
11. Estudios de diagnóstico
12. Atención hospitalaria
13. Prestación oftalmológica
14. Prótesis y aparatos ortopédicos
15. Escuelas especiales
16. Atención médica a derechohabientes
17. Reembolsos de gastos médicos
18. Servicios médicos de apoyo
19. Atención médica fuera de red
20. Atención prenatal a beneficiarias hijas
21. Suplementos no lácteos

1.- Objetivo.

Precisar derechos y condiciones de las prestaciones médicas que ofrece Nacional Financiera S.N.C., a su personal de base, a sus jubilados y pensionados, así como a los beneficiarios de unos y otros para garantizar los niveles de salud, bajo un criterio de simplificación y mejoramiento que permitan la obtención de estos servicios en forma oportuna y con calidad.

2.- Presentación.

La integración de este documento permite la consulta sobre las acciones a seguir para satisfacer las necesidades en el otorgamiento de la prestación médica, en caso de ser necesaria la atención desde el primer nivel de atención hasta el internamiento hospitalario y/o rehabilitación, para el titular y sus beneficiarios y facilitar el cumplimiento de las normas y ceñirse a ellas.

Los titulares y sus beneficiarios tienen el deber de hacer uso razonable y consciente del servicio como respuesta a los beneficios que recibe de esta prestación, así como mostrar una actitud recíproca de compromiso y responsabilidad con la Institución.

Los apartados que lo conforman consideran los principales rubros de atención, que en forma general quedan estipulados en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes.

A fin de cubrir los requerimientos necesarios en lo que respecta al otorgamiento de la prestación de servicio médico, la Institución contratará una Administradora de Servicios Médicos Integrales (ASMI), quien conformará una red de prestadores de servicios de salud a nivel nacional, considerando primordialmente las ciudades donde exista personal de base, jubilados, pensionados y sus derechohabientes; asimismo la ASMI deberá integrar la documentación que respalde el ámbito profesional de cada prestador de servicio, quienes brindaran atención médica en los siguientes tres niveles de atención en salud:

- a) Primer nivel: integrado por consultorios de medicina de primer contacto y especialistas.

- b) Segundo nivel: integrado por los hospitales, clínicas, laboratorios, gabinetes y servicios de rehabilitación.
- c) Tercer nivel: integrado por los Institutos Nacionales de Salud y hospitales de alta de especialidad del país.

La prestación de servicio médico se otorgará exclusivamente en la República Mexicana.

3.- Consideraciones de carácter general.

- a) La atención médica que proporciona Nacional Financiera S.N.C., en la República Mexicana, será aplicable para su personal de base, jubilados, pensionados y beneficiarios de unos y otros.
- b) La Institución, a través de la red de prestadores de servicios de la Administradora, designará a los médicos, clínicas, hospitales, centros de rehabilitación, laboratorios, farmacias, ópticas, gabinetes y otras personas o establecimientos a los que deberán acudir los derechohabientes a efecto de preservar su salud.
- c) Para solicitar atención médica general o especializada, será necesaria la presentación de la credencial de identificación vigente proporcionada por la Administradora, o bien carta cobertura actualizada sin la cual el prestador del servicio podrá negarse a proporcionar la atención.
- d) La Institución de conformidad a su suficiencia presupuestal, podrá implementar un Programa de Medicina Preventiva y de Educación para la Salud acorde al Diagnóstico de Salud de la población derechohabiente del Servicio Médico.
- e) La atención médica general, se otorgará en el consultorio familiar o centro de atención que elija el derechohabiente, a través del Médico Familiar (médico de primer contacto) que mejor le convenga, de acuerdo a sus necesidades. Estos consultorios o centros de atención se encuentran distribuidos en las diferentes zonas del área metropolitana de la Ciudad de México, y para su localización se citan en el Directorio de Servicios Médicos de la Administradora.
- f) Los avisos de alta o cambio de consultorio familiar o centro de atención, deberán ser solicitados a la Administradora, a efecto de registrarse con oportunidad en el padrón del consultorio familiar que corresponda.
- g) Los cambios de residencia a los estados de la República Mexicana, deberán ser notificados por los derechohabientes a la Dirección de Recursos Humanos y Calidad, mediante la Subdirección de Administración y Servicios al Personal, así mismo al servicio médico con la finalidad de que la Administradora garantice la cobertura de prestadores de servicios de salud.
- h) En los estados de la República Mexicana, la atención médica general se otorgará a través del consultorio familiar o centro de atención que, en su caso, elija el derechohabiente, éstos se encuentran distribuidos en las plazas en las que tiene presencia la Administradora, y para su localización se citan en el Directorio de Servicios Médicos de la misma.
- i) Para cualquier caso de atención médica recibida, el paciente o responsable del mismo deberá firmar de conformidad por la atención otorgada. En ningún caso se deberá firmar previamente a la atención.
- j) El costo de la atención médica particular que, en su caso, reciba algún derechohabiente será por su cuenta.
- k) La Subdirección del Servicio Médico, queda facultada en todos los casos para solicitar a la Administradora información y evaluar aquellas situaciones de pacientes que así lo ameriten.
- l) Para el uso y otorgamiento de la prestación médica, todo derechohabiente deberá apegarse al presente Reglamento y ejercer un uso razonado de los servicios de salud, la omisión en su observancia será considerada como falta de probidad.
- m) Aquellos casos no contemplados en este Reglamento, deberán ser sometidos a la consideración de la Subdirección del Servicio Médico, para su revisión y/o autorización.

4.- Atención médica de urgencias

Urgencias en general

- a) En caso de requerirse atención médica de urgencia, por considerar que puede estar en riesgo una función, un órgano o la vida, el derechohabiente acudirá para su atención inmediata a los servicios de urgencias de los hospitales de la red de la Administradora (urgencia real).
- b) Cuando se presente un padecimiento o síntoma de inicio súbito, en días y horas hábiles, el paciente podrá acudir directamente y sin cita con su médico de primer nivel o primer contacto (urgencia sentida), que comprende las especialidades de Medicina Familiar, Ginecología, Oftalmología, Odontología Integral y Pediatría.
- c) En el supuesto de que la urgencia sentida se presentará en días y horas inhábiles, el derechohabiente podrá acudir directamente a consulta a los hospitales registrados en el Directorio de Servicios Médicos de la Administradora.
- d) Una vez resuelta la emergencia que no amerite hospitalización, el paciente deberá acudir con su Médico Familiar o Especialista responsable para su seguimiento.
- e) Cuando por una urgencia, el derechohabiente sea atendido directamente en un hospital privado, será necesario informar a la Administradora, para atender lo procedente, y en su momento coordinar el traslado a un hospital de su red.
- f) En casos de emergencia en los que el trabajador, jubilado, pensionado y/o sus beneficiarios incurran en gastos médicos fuera de los servicios hospitalarios de la red de la Administradora ésta, previa evaluación de la Subdirección del Servicio Médico, reembolsará el gasto que hubiera erogado.
- g) La inadecuada utilización de los servicios de urgencias, faculta a la Subdirección del Servicio Médico para solicitar al derechohabiente el o los motivos que originaron la atención.

En las instalaciones de Nacional Financiera.

- a) En Oficina Matriz

Este servicio se otorgará en las propias instalaciones de Nacional Financiera S.N.C., exclusivamente al personal de base que se les presente un padecimiento de inicio súbito.

Cuando el personal de base requiera atención de urgencia encontrándose en su área laboral, los médicos asignados por la Administradora a la Subdirección del Servicio Médico, valorarán el caso in situ y determinarán las acciones a seguir.

b) En Direcciones Regionales

En el evento de que el personal de base requiera atención médica por una urgencia real, encontrándose en su área laboral, se deberá realizar el traslado inmediato al hospital de la red correspondiente de la Administradora en cada localidad.

Urgencias odontológicas

- a) En caso de presentarse un padecimiento odontológico urgente (traumatismo dental o infección), el derechohabiente podrá ser atendido por los odontólogos de la red de la Administradora; el servicio se prestará únicamente mediante la presentación de la credencial vigente expedida por la Administradora.
- b) Cuando la urgencia ocurra en días y horas inhábiles, el derechohabiente deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica de la Administradora en primera instancia, para recibir orientación acerca de qué odontólogo le puede atender y, únicamente en caso de no contar con ninguna opción, podrá acudir con odontólogos particulares y posteriormente solicitar el reembolso del gasto dental, considerando para tal efecto, la previa validación de la Administradora.

Admisión hospitalaria de urgencia

- a) Cuando un derechohabiente amerite internamiento de manera inmediata, los hospitales de la red de la Administradora, lo admitirán con la sola presentación de su credencial del servicio médico vigente. En caso de no contar con credencial de servicio médico podrá otorgar INE como identificación y solicitar al servicio médico carta cobertura.
- b) Una vez identificado el paciente como derechohabiente de Nacional Financiera, S.N.C., éste deberá solicitar al responsable de urgencias del hospital, que reporte el caso a la Administradora.
- c) Si el titular, jubilado, pensionado y/o sus derechohabientes incurren durante su estancia en el hospital en gastos adicionales como pueden ser entre otros: restaurante, florería, estacionamiento, llamadas de larga distancia, renta de videos, etc., éstos serán cubiertos por cuenta propia.
- d) En el evento de que algún derechohabiente sufra un accidente que motive la intervención de la Cruz Roja o similar, se deberá notificar a la Administradora a la brevedad, para que se instrumente el traslado a alguno de los hospitales bajo convenio con ésta.

5.- Atención médica en las instalaciones de Nacional Financiera.

El personal médico y de enfermería asignado por la Administradora a las instalaciones de la Subdirección del Servicio Médico, podrá aplicar inyecciones o realizar curaciones menores a los derechohabientes, y otorgar atención médica conforme al primer nivel de atención en salud.

6.- Medicina de primer nivel o primer contacto

En Oficina Matriz

- a) La atención médica de primer nivel o primer contacto se proporcionará en el Consultorio Familiar o Centro de Atención que se haya elegido para tal efecto. Para recibir esta atención deberá presentarse la credencial vigente expedida por la Administradora.
- b) Cuando el padecimiento requiera la intervención de un médico especialista, el médico familiar, otro médico especialista o los Médicos Institucionales, extenderán el pase correspondiente.

En los Estados de la República Mexicana

- a) En los Estados de la República Mexicana, el derechohabiente deberá acudir al consultorio familiar o centro de atención de la red de la Administradora, para recibir atención médica de primer contacto, con base en las opciones que ofrezca ésta en su Directorio de Servicios Médicos.

7.- Medicina de segundo y tercer nivel a nivel nacional

- a) En las especialidades de Gineco Obstetricia, Oftalmología y Pediatría, no será necesario contar con pase y se podrá acudir directamente sólo con previa cita y mediante la presentación de la credencial vigente expedida por la Administradora.
- b) Para las demás especialidades se requiere pase autorizado, que servirá hasta por tres consultas dentro de un mismo ejercicio, e informe clínico respectivo (referencia) que asegure la continuidad en la atención médica, expedidos por los médicos bajo convenio con la Administradora y por los Médicos Institucionales.
- c) En caso de no haberse concluido el tratamiento, el médico especialista requisitará el formato de contra-referencia, mediante el cual informará al médico de primer contacto el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico, así como recomendaciones a seguir o en su caso le solicitará un nuevo pase para continuar con la atención.
- d) En caso de haberse concluido el tratamiento con el médico especialista de segundo o tercer nivel, éste deberá enviar con el derechohabiente el resumen clínico (contra-referencia) correspondiente, al médico tratante para continuar su seguimiento.

- e) En casos complejos, la Subdirección del Servicio Médico, por sí misma o a través de los coordinadores médicos de la administradora en el interior de la república, podrá solicitar una segunda o más opiniones con otros médicos de la misma especialidad, quienes no necesariamente deberán formar parte de la red, para definir conducta a seguir.

Especialidades a las que se acude previa autorización.

- a) Cuando un paciente requiera atención en las siguientes especialidades: Psiquiatría; Psicología; Audición o Lenguaje; Medicina Física o Rehabilitación y Metabolismo Mineral, la Administradora podrá extender el pase de atención para el especialista que corresponda a su padecimiento, previa valoración, con el apoyo del diagnóstico inicial proporcionado en su caso, por el médico familiar.
- b) La Administradora, supervisará estos casos y estará facultada junto con la Subdirección del Servicio Médico, para solicitar la asistencia del paciente y corroborar su estado de salud, hasta que concluya el tratamiento y sea dado de alta, en el entendido que, si el paciente no mostrara apego y continuidad al tratamiento, la Administradora o la Subdirección del Servicio Médico podrán dar por suspendida la terapia respectiva.
- c) Los casos de controversia, deberán ser turnados a la Subdirección del Servicio Médico para su análisis y la autorización correspondiente.

Esterilidad

- 1. La Institución podrá autorizar, a través de la Administradora, los procedimientos encaminados hacia la resolución de la esterilidad siguientes:
 - a) Procedimientos quirúrgicos que aseguren la permeabilidad tubárica
 - b) Inductores de ovulación
 - c) Programas terapéuticos encaminados a mejorar la viabilidad de óvulos y espermatozoides.
 - d) Inseminación artificial exclusivamente homóloga (cónyuge).
- 2. Los procedimientos que no se encuentren contemplados en el enunciado anterior, no serán susceptibles de autorización ni de reembolso durante el tiempo que dure el protocolo de estudio, en el entendido que esta exclusión contempla estudios diagnósticos y de seguimiento (laboratorio e imagen), medicamentos prescritos, honorarios médicos y pagos de procedimientos quirúrgicos y hospitalarios.

8.- Servicio dental.

Otorgamiento

- a) El titular y sus beneficiarios serán atendidos por los Odontólogos bajo convenio con la Administradora a nivel nacional, conforme a las políticas existentes en el servicio médico.
- b) Dentro de la prestación odontológica, quedan comprendidas las siguientes especialidades:
 - 1. Odontología Integral u Operatoria Dental
 - 2. Exodoncia
 - 3. Prótesis fija y removible
 - 4. Odontopediatría
 - 5. Periodoncia
 - 6. Endodoncia
 - 7. Cirugía maxilofacial
 - 8. Radiología

Ortodoncia Preventiva y Ortodoncia Correctiva (ayuda por única vez)

- c) La atención dental se otorgará de acuerdo al anexo "A" de este manual.
- d) Queda excluido cualquier otro tipo de tratamiento dental, salvo que a juicio del Odontólogo Integral (primer contacto), sea estrictamente indispensable, para lo cual extenderá el pase correspondiente.

Prestación del servicio

- a) El paciente solicitará atención dental directamente con el Odontólogo Integral (primer contacto) o equivalente, mediante la presentación de la credencial vigente expedida por la Administradora.
- b) El odontólogo integral solicitará telefónicamente la autorización a la Administradora para realizar el tratamiento correspondiente.
- c) En caso de requerir atención por las demás especialidades odontológicas ésta será otorgada mediante la derivación del Odontólogo Integral o de primer contacto a la especialidad que corresponda expidiendo el pase correspondiente.

Tratamientos ortodónticos

- a) La Institución autorizará, a través de la Administradora, los tratamientos de ortodoncia preventiva para los hijos del trabajador, jubilado o pensionado, siempre y cuando se encuentren considerados dentro del proceso de odontopediatría (hasta los 14 años).
- b) En aquellos casos en que el trabajador, jubilado, pensionado o sus beneficiarios requieran de un tratamiento ortodóntico correctivo, la Institución proporcionará a través de la Administradora, previa valoración del plan de tratamiento, una ayuda económica por una sola ocasión para la realización de este tipo de procedimientos, considerando para este efecto, el reembolso que corresponda conforme a las tarifas medicas vigentes en oficina matriz autorizadas por la Institución al momento de su atención.
- c) Para efecto del reembolso, se anexará el formato y el recibo correspondientes, especificando: nombre del paciente, plan de tratamiento, técnica ortodóntica, tiempo probable de duración y costo total.
- d) Para este tipo de tratamiento, la Institución no cubrirá modelos de estudio ni fotografías clínicas prescritas por el ortodoncista, las cuales quedarán a cargo del derechohabiente.
- e) Adicionalmente a la ayuda mencionada, la Institución, a través de la Administradora, cubrirá el costo de los estudios radiológicos (serie periapical, ortopantomografía y cefalometría con sus diferentes trazos) que el ortodoncista solicite al derechohabiente, siempre y cuando se realicen en los gabinetes bajo convenio con la Administradora, para lo cual será necesario contar con el pase correspondiente expedido por el odontólogo integral.

9.- Incapacidades médicas

Incapacidades médicas en general.

- a) Los médicos familiares y médicos especialistas bajo convenio con la Administradora y los Médicos Institucionales, podrán expedir certificados de incapacidad médica. En aquellos casos en que el trabajador presente algún padecimiento o síntoma, que, de acuerdo a su valoración, lo imposibiliten para asistir a laborar, los médicos familiares o generales, podrán expedir incapacidades médicas hasta por tres días únicamente y en ningún caso de forma retroactiva.
- b) El trabajador que sea incapacitado, deberá informar telefónicamente de forma inmediata, a su área de adscripción el tiempo que estará incapacitado y enviar a la misma el certificado de incapacidad médica que se le haya expedido y otro tanto a la Subdirección de Servicio Médico.
- c) Si derivado de una atención de urgencia en hospitales bajo convenio con la Administradora, o en hospitales fuera de la red, se genera una incapacidad médica, el médico designado por la Administradora, previa valoración del caso, deberá expedir el certificado correspondiente que ampare la ausencia del trabajador.
- d) No tendrán validez para la Institución aquellos certificados que presenten tachaduras o enmendaduras en cualquiera de sus renglones.
- e) Las incapacidades médicas expedidas en forma retroactiva por los médicos especialistas, invariablemente deberán ser autorizadas por la Administradora o por la Subdirección del Servicio Médico, a efecto de que sean consideradas como válidas.
- f) Será responsabilidad del trabajador avisar a su área laboral para notificar su estado de salud y una vez recibida la consulta por parte del médico que corresponda, informará el periodo que estará incapacitado.
- g) En casos de incapacidad mayor a tres días el trabajador deberá, adicionalmente a la notificación a su área de trabajo, enviar de manera inmediata a la Subdirección de Administración y Servicios al Personal la copia asignada al paciente del formato correspondiente.

Incapacidad médica por maternidad.

- h) La Institución otorgará a sus trabajadoras, a través de los Ginecólogos bajo convenio con la Administradora, treinta días naturales de descanso antes de la fecha estimada para el parto (incapacidad prenatal) y, sesenta días naturales inmediatos al nacimiento (incapacidad postnatal) La fecha probable de parto determinará el período de descanso prenatal y el nacimiento, iniciará el período postnatal. Si el nacimiento se produce antes o después de la fecha estimada por el médico, no se modificará por ello el número de días del período postnatal.
- i) Las trabajadoras atendidas por médicos privados, deberán acudir a la Subdirección del Servicio Médico para la expedición de su incapacidad, y las que se encuentren en esta situación en los Estados de la República Mexicana, deberán acudir con el Coordinador Médico Local de la Administradora para el mismo fin. En ambos casos, deberán presentar un informe clínico expedido por el Ginecólogo tratante en el cual especifique la fecha probable de parto.

Incapacidad médica por invalidez

- a) En aquellos casos que se deriven en incapacidades médicas permanentes, totales o parciales por enfermedades que imposibiliten al trabajador para continuar desempeñando sus funciones, será indispensable contar con el dictamen del Instituto Mexicano del Seguro Social, quedando facultados sus médicos para obtener la información contenida en los expedientes clínicos de los médicos bajo convenio con la Administradora.
- b) Una vez efectuada la valoración correspondiente, la Institución procederá a realizar los trámites para su implementación en conjunto con la Administradora.

10.- Farmacias y suministro de medicamentos

- a) Con el propósito de facilitar al derechohabiente el suministro de sus medicamentos, la Institución, a través de las farmacias bajo convenio con la Administradora, otorgarán este servicio, citándose las diversas cadenas de farmacias en su Directorio de Servicios Médicos, debiendo presentar la receta médica correspondiente y la credencial vigente expedida por la Administradora, ya que, a la falta de la misma, ocasionará que este servicio no sea otorgado.
- b) De no existir la totalidad de medicamentos estipulados en la receta médica, el derechohabiente podrá acudir a otra farmacia registrada en el Directorio de Servicios Médicos.
- c) Los médicos familiares y los médicos especialistas bajo convenio con la Administradora, deberán prescribir únicamente medicamentos registrados en el Catálogo de Medicamentos, en la dosis, presentación y cantidad necesarias para la resolución del padecimiento que aqueje al derechohabiente.
- d) Los Médicos Institucionales estarán facultados adicionalmente para prescribir cualquier medicamento de patente.
- e) Los polivitamínicos, cremas de uso terapéutico, filtros solares y medias elásticas, podrán ser prescritos sólo por el Médico Especialista que corresponda bajo convenio con la Administradora y por los Médicos Institucionales.
- f) No se autorizará la prescripción de artículos de consumo o uso personal como: Mejorales, Alka Seltzer, complementos alimenticios, enjuagues bucales, pastas dentífricas, hilo dental, etc. Así mismo no se autorizará material de curación como: gasas, vendas, jeringas, alcohol, curitas, algodón, tela adhesiva, micropore, merthiolate, guantes, tiras reactivas, etc. salvo en los casos en que a juicio de la Subdirección del Servicio Médico o del Coordinador Médico Local designado por la Administradora estén plenamente justificados.

11.- Estudios de diagnóstico.

- a) Con el propósito de realizar los estudios auxiliares de diagnóstico, solicitados por médicos familiares, médicos especialistas bajo convenio con la Administradora y Médicos Institucionales, la Institución otorgará, a través de los prestadores de servicios bajo convenio con la Administradora, los servicios de laboratorios clínicos, gabinetes de rayos "X" y de estudios especializados, mismos que se encontrarán citados en el Directorio de Servicios Médicos de la Administradora.
- b) En caso de que el derechohabiente requiera de estudios de alta tecnología para confirmar un diagnóstico, deberá contar con la preautorización de la Subdirección de Servicio Médico.
- c) Para la prestación de estos servicios, será necesario obtener el pase correspondiente, expedido por los médicos antes referidos y el derechohabiente deberá presentar al prestador de servicios, la credencial vigente expedida por la Administradora.
- d) Los casos que motiven controversia deberán ser turnados a la Subdirección del Servicio Médico para su análisis y autorización respectiva.

12.- Atención hospitalaria.

- a) La Institución otorgará a sus derechohabientes, a través de los prestadores de servicios bajo convenio con la Administradora, atención médica hospitalaria en clínicas y hospitales, previa presentación de la credencial vigente expedida por la Administradora.
- b) Cuando por la naturaleza del padecimiento un derechohabiente amerite atención que no implique hospitalización, éste deberá ser atendido en las áreas de Corta Estancia o de Cirugía Ambulatoria del hospital que corresponda.
- c) Si el titular, jubilado, pensionado y/o sus beneficiarios incurren durante su estancia en el hospital en gastos adicionales que no estén relacionados con la atención médica en sí, como: restaurante, florería, estacionamiento, llamadas de larga distancia y renta de videos, entre otros, éstos serán cubiertos con recursos propios.

Por admisión programada.

1. En caso de internamiento hospitalario para intervención quirúrgica, tratamiento médico o elaboración de estudios especiales, que se presenten a solicitud de los médicos especialistas bajo convenio con la Administradora o por la Subdirección del Servicio Médico, la Administradora autorizará la atención y el médico tratante expedirá el pase correspondiente.

- **Carta responsiva.**

Si algún derechohabiente opta por atenderse con un médico especialista particular, se deslinda de toda responsabilidad a la Subdirección del Servicio Médico y a la Administradora por la atención médica contratada.

- **Alta por responsiva médica.**

Los casos atendidos dentro del sistema hospitalario de la Administradora, cuyo internamiento haya quedado concluido, el alta o egreso del paciente, se otorgará bajo la responsiva médica del especialista tratante que corresponda.

Si el derechohabiente decidiera prolongar su estancia una vez obtenida el alta por responsiva médica, los gastos que se generen correrán por cuenta propia.

- **Alta Voluntaria.**

Cuando un derechohabiente decidiese abandonar las instalaciones del hospital bajo convenio con la Administradora, sin haber obtenido por parte del médico especialista el alta por responsiva médica, se considerará como alta voluntaria. Bajo este concepto, el paciente o sus familiares firmarán carta de alta voluntaria en el hospital. Por consiguiente, en ese

momento, la Institución y la Administradora quedan eximidas de toda responsabilidad y liberadas de los gastos que se llegasen a generar con motivo de este abandono.

Clínicas de rehabilitación mental.

- a) Cuando se presente un padecimiento psiquiátrico que lo amerite, la Institución a través de la Administradora, determinará la Clínica u Hospital de Rehabilitación Mental, a fin de proporcionar un lugar para el restablecimiento de los pacientes.
- b) Cuando el médico de la red de la Administradora juzgue indispensable el internamiento del paciente en la clínica para su recuperación, lo notificará a la Administradora a efecto de obtener su autorización y expedir el pase correspondiente.
- c) Los pacientes permanecerán en la Clínica de Rehabilitación Mental hasta que desaparezca el cuadro agudo que motivó su internamiento y sea dado de alta por el médico tratante.

13.- Prestación oftalmológica

1. La Institución otorgará a sus derechohabientes, una ayuda para la adquisición de anteojos (armazones, cristales o micas) o en su caso, lentes de contacto a través de la Administradora, mediante las ópticas bajo convenio con ésta. La óptica deberá solicitar a la Administradora, la autorización de la receta oftalmológica expedida por el médico tratante.

Anteojos.

Tratándose de receta inicial para uso de anteojos, se autorizará la ayuda para la adquisición de armazón con cristales o micas según lo requiera el paciente.

Armazones

- a) Con base al deterioro sufrido, cada tres años la Institución, a través de las ópticas bajo convenio con la Administradora, podrá otorgar la ayuda para la adquisición de un armazón en sustitución de la montura original conforme a las tarifas médicas vigentes en oficina matriz, autorizadas por la Institución. La Institución cubrirá el porcentaje adicional en este rubro, de acuerdo a las políticas para reembolso a funcionarios.
- b) Para los pacientes en edad infantil y hasta la adolescencia (18 años), se podrá otorgar la ayuda para la adquisición de un armazón cada vez que el desarrollo óseo lo requiera.
- c) La Institución, a través de las ópticas bajo convenio con la Administradora, podrá realizar la reparación del armazón. El importe máximo de ésta no excederá del 50% de la tarifa vigente, según corresponda, para la adquisición del mismo.
- d) En caso de que el derechohabiente solicite un armazón con un costo superior al estipulado en las tarifas vigentes, éste cubrirá directamente a la óptica con sus recursos la diferencia que resulte.

Cristales o micas

- a) La Institución a través de las ópticas bajo convenio con la Administradora de conformidad con las tarifas médicas vigentes en oficina matriz autorizadas por la institución, cubrirá la ayuda para la adquisición de los cristales o micas con las dioptrías prescritas.
- b) En caso de ser necesario, por cambio de dioptrías o rayadura en las micas o cristales, se podrá autorizar la ayuda citada cada dieciocho meses.
- c) Se autorizará la ayuda para la adquisición de cristales bifocales únicamente en los casos prescritos por el oftalmólogo tratante.
- d) En caso de que el derechohabiente requiera lentes para ver de cerca y de lejos, la Institución a través de las ópticas bajo convenio con la Administradora, podrá autorizar la ayuda correspondiente para la adquisición de dos pares de cristales y un armazón.
- e) Queda excluido dentro del suministro de esta prestación, los aditamentos especiales a las micas, como los filtros ultravioletas, los tratamientos anti-rayaduras u otro, en caso de que el derechohabiente lo solicite, éste cubrirá directamente con sus recursos a la óptica la diferencia que resulte.

Lentes de contacto

- a) La Institución, a través de las ópticas bajo convenio con la Administradora, podrá otorgar anualmente la ayuda para la adquisición de lentes de contacto, de acuerdo a las tarifas médicas vigentes, en oficina matriz autorizadas por la Institución cuando el médico oftalmólogo así lo prescriba o cuando a juicio de la Subdirección del Servicio Médico lo considere procedente, de acuerdo con la enfermedad ocular existente.
- b) Ni la Institución ni la Administradora cubrirán gastos por artículos y materiales para mantenimiento de lentes de contacto.
- c) Asimismo, la Institución, a través de la Administradora, autorizará la ayuda para la adquisición de "lentes tóricos", a las personas con graduaciones desde 3.5 dioptrías en adelante, por los cuales cubrirá hasta el 50% adicional a la tarifa máxima vigente en oficina matriz autorizada por la Institución para la adquisición de lentes de contacto duros.
- d) En el caso de derechohabientes mayores de 40 años que presenten "presbicia" y tengan antecedentes de uso de lentes de contacto por este padecimiento, la Institución, a través de la Administradora, podrá autorizar al mismo tiempo, la ayuda

tanto para la adquisición de lentes de contacto, como los cristales o micas en anteojos para ver de cerca, excluyendo el armazón, el cual quedará a cargo del paciente.

- e) Cuando el derechohabiente solicite lentes de contacto con un costo superior al estipulado en las tarifas correspondientes vigentes en oficina matriz autorizada por la Institución, éste cubrirá directamente con sus recursos a la óptica, la diferencia que resulte.

Lentes intraoculares

- a) Cuando un derechohabiente requiera extirpación de catarata y esté justificada la aplicación de lentes intraoculares, la Institución los otorgará a través de la red de la Administradora.
- b) La Administradora previa valoración del oftalmólogo responsable, podrá autorizar adicionalmente el suministro del armazón y cristales o micas, conforme a la normatividad Institucional correspondiente.

Cirugía Ocular con técnica de Láser (LASIK)

- a) Previa valoración de cada caso, la Institución podrá autorizar a través de los Oftalmólogos bajo convenio con la Administradora una ayuda para este tipo de cirugía, de acuerdo a las características clínicas, necesidades del derechohabiente y bajo los siguientes criterios: cuando no se trate de cirugía estética, con una edad mayor a 18 años, contar con más de 6 dioptrías y presentar intolerancia a lentes de contacto.

14.- Prótesis y aparatos ortopédicos.

Prótesis en general.

1. Las prótesis que no auxilien a restituir una función, no serán autorizadas por la Institución, a excepción de que alguna condición clínica lo justifique.
2. En los casos en que el paciente requiera de prótesis y/o de órtesis, se deberá contar con la solicitud del médico especialista bajo convenio con la Administradora, quien expedirá el pase correspondiente para su suministro a través de la red de prestadores de servicios de la Administradora.
3. La Institución suministrará mediante la Administradora y a través de los prestadores de servicios bajo convenio con ésta, lo siguiente:

Plantillas, virones e inserts.

- a) Bajo estricta prescripción médica, un par de cualquiera de estos aparatos por derechohabiente, su renovación o cambio se podrá realizar cada cuatro meses o antes si por el padecimiento lo amerita.

Adaptación de barras a zapatos ortopédicos.

- a) Un par de barras por tipo de padecimiento, o en su caso, cada vez que por el crecimiento o desarrollo del paciente se requiera efectuar un cambio.
- b) La Institución, en ningún caso, cubrirá el costo del calzado al cual se adaptarán estos aparatos.

Instrumentos auxiliares de rehabilitación.

- a) A solicitud expresa del Ortopedista tratante bajo convenio con la Administradora, se podrá autorizar a los derechohabientes, el préstamo, o en su caso, renta del equipo especializado para su recuperación (tracción pélvica o cefálica, grúas, etc.)
- b) Asimismo, se podrá aprobar el préstamo o suministro de sillas de ruedas, andaderas ortopédicas, muletas, bastones, collarines, cabestrillos, entre otros, para aquellos derechohabientes que lo requieran.
- c) Es responsabilidad de los derechohabientes mantener en buen estado este tipo de aditamentos y devolverlos a la Administradora o a la Subdirección del Servicio Médico, la cual los deberá guardar en custodia.

4. Auxiliares auditivos.

- a) Este tipo de auxiliares, se suministrará según el padecimiento auditivo de que se trate.
- b) Esta aprobación será exclusivamente para la adquisición de aparatos de tipo "curveta o intracanal"; en caso de que el derechohabiente opte por otro estilo, la diferencia del costo será cubierta con recursos propios.
- c) Cada cinco años, la Institución, a través de la Administradora, podrá autorizar la renovación de este equipo, o antes, en caso de que el padecimiento lo justifique.
- d) La revisión de estos aparatos se podrá realizar anualmente en los establecimientos especializados bajo convenio con la Administradora. Para aquellos casos en que el usuario viva en lugares cálidos o húmedos, esta revisión se practicará cada seis meses.
- e) Los costos que se generen por concepto de moldes de aparatos auditivos, así como las pilas, quedarán a cargo del usuario.

15.- Escuelas especiales.

- a) De conformidad a la suficiencia presupuestal, la Institución, a través de la Administradora, podrá autorizar, vía reembolso, los gastos por concepto de atención en escuelas especiales, referentes a pacientes que presenten padecimientos que cursen con deficiencia mental, que no permitan su autosuficiencia.
- b) La ayuda para Escuelas Especiales, únicamente cubrirá los gastos erogados por concepto de colegiaturas. El material didáctico o de apoyo, así como las cuotas por concepto de inscripción y reinscripción correrán por cuenta del trabajador.
- c) Para tal efecto se otorgará un porcentaje de ayuda económica del 90% al personal de base en activo o jubilados, así como una ayuda del 50% a los pensionados que al momento de jubilarse hayan tenido nivel de personal de confianza.
- d) No se reembolsarán gastos por este concepto cuando el documento comprobatorio otorgado por alguna Institución que ampare el pago, sea expedido como donativo.

16.- Atención médica a derechohabientes.

- a) El trabajador de base, así como sus beneficiarios podrán elegir de conformidad a su residencia, el lugar donde desee recibir la atención médica integral que ofrece la Institución a través de la red de la Administradora.
- b) En el caso de que los beneficiarios de trabajadores de Oficina Matriz o de alguna Dirección Regional, radiquen en una ciudad distinta a la del titular y por lo tanto requieran de la prestación del Servicio Médico en esa localidad, el titular deberá informarlo a la Dirección de Recursos Humanos y Calidad a través de la Subdirección de Administración y Servicios al Personal, a fin de que se le inscriba en el padrón de derechohabientes correspondiente, para hacer uso de esta prestación.
En caso de fallecimiento del Titular, el o los beneficiarios deberán dar aviso a la Subdirección de Servicio Médico y/o a la Subdirección de Administración y Servicios al Personal, a fin de que se actualice el padrón de derechohabientes.
- c) Si algún trabajador se encuentra comisionado, o bien si él y/o sus beneficiarios se encuentren de vacaciones en algún Estado de la República Mexicana y requieran atención médica, ésta se realizará a través de la red de prestadores de servicio de la Administradora.

17.- Reembolsos de gastos médicos

Aspectos Generales

1. Se podrán efectuar reembolsos a todos los titulares y/o derechohabientes por servicios médicos que no puedan ser cubiertos mediante la red medica de la ASMI, conforme a lo descrito en este reglamento.
2. Adicionalmente a los servicios indicados en el numeral 3 del punto 17.1, son susceptibles de reembolso conforme a las tarifas vigentes los siguientes apoyos:
 - a) Ayuda para lentes
 - b) Ayuda para ortesis y prótesis
 - c) Ayuda para aparatos auditivos
 - d) Ayuda para ortodoncia
 - e) Ayuda para escuelas especiales
3. Los reembolsos únicamente serán autorizados cuando la Administradora no cuente con el prestador de servicio de salud requerido, así como por los conceptos establecidos en este reglamento.
4. En caso de que el diagnóstico o tratamiento sea complejo, previa autorización de la Subdirección de Servicio Médico, los titulares o derechohabientes tendrán derecho a una segunda o más opiniones médicas, para lo cual el Servicio Médico buscará la opción dentro de la red medica de la ASMI o con médicos externos; para este caso los gastos erogados por consulta médica serán cubiertos en su totalidad mediante reembolso por la Institución.
5. Cuando la atención médica sea otorgada con un médico fuera de red de acuerdo a lo descrito en este apartado, las indicaciones médicas tales como: recetas médicas, estudios de laboratorio y gabinete, entre otros, deberán ser presentados a la Subdirección del Servicio Médico o el coordinador estatal para realizar la transcripción a formatos de referencia.
6. Las solicitudes de reembolso deberán ser presentadas a la Subdirección de Administración y Servicios al Personal, quienes, para su autorización, lo validarán con la Subdirección del Servicio Médico.
7. No serán reembolsados los servicios que no cumplan con los requisitos señalados, así como aquéllas solicitudes cuyos comprobantes presenten tachaduras y/o enmendaduras.

17.1.- Requisitos para solicitar reembolsos de gastos médicos

1. Entregar las facturas de gastos médicos contengan los siguientes requisitos fiscales:
 - a) Emitida a nombre del titular, trabajador de base, jubilado o pensionado.
 - b) Razón social o nombre, domicilio fiscal y clave del RFC de quien expide el documento.
 - c) Número de folio o número de UUID
 - d) Lugar y fecha de expedición
 - e) Descripción del servicio incluyendo cantidad
 - f) Valor unitario e importe total consignado
 - g) Impuesto al valor agregado señalado en forma expresa y por separado y deberá contener la leyenda "Pago en una sola exhibición"
2. Formato de reembolso institucional.

3. Adicional se deberá anexar la siguiente información y/o documentación, cuando los servicios ingresados a reembolsos correspondan a:

Honorarios médicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expedido invariablemente a nombre del titular, jubilado, pensionado o derechohabiente. 2. Nombre del paciente 3. Concepto por el cual se expide. <ol style="list-style-type: none"> a) Consulta Médica. b) Procedimiento en consultorio (médico u odontológico): Deberá anotarse el nombre del procedimiento realizado y anexar el informe médico correspondiente. c) Cirugías: Deberá anotarse el nombre del procedimiento quirúrgico realizado y anexar el informe médico correspondiente.
Medicamentos	Los cuales deben estar en el catálogo de medicamentos. Presentar receta médica a nombre del titular, jubilado, pensionado o derechohabiente
Hospitales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anexar el estado de cuenta o desglose emitido por el hospital. 2. Anexar expediente médico hospitalario (Notas de urgencias, ingreso, evolución, egreso, estudios de laboratorio y/o gabinete e informes médicos, entre otros.)
Servicios de Apoyo	<ol style="list-style-type: none"> a) Laboratorio y gabinete: Anexar orden médica y/o formato de referencia. b) Aparatos auditivos: Anexar informe médico formato de referencia y audiometría. c) Lentes: Anexar orden médica y/o formato de referencia, que contenga las especificaciones del servicio referido, incluyendo graduación. d) Otros servicios: Anexar orden médica y/o formato de referencia e informe médico.

4. En caso de que la persona trabajadora o el jubilado fallezca en el hospital, el reembolso se podrá realizar a la persona que haya pagado los gastos, siempre que cumpla con los requisitos de los puntos anteriores.

18.- Servicios médicos de apoyo

- a) Ambulancias.
La Institución podrá otorgar a través de la red de prestadores bajo convenio con la Administradora, el servicio de traslado en ambulancia considerando las características clínicas del derechohabiente.
- b) Oxígeno.
La Institución podrá otorgar a través de la red de prestadores bajo convenio con la Administradora, oxígeno medicinal para uso en domicilio a los derechohabientes que por el tipo de enfermedad lo ameriten y se compruebe por Neumología la continuidad del mismo.
- c) Renta de camas, sillas de ruedas, barandales, colchones terapéuticos y mobiliario hospitalario.
La Institución podrá proporcionar a través de la red de prestadores bajo convenio con la Administradora, éste tipo de servicios de apoyo para uso en domicilio a los derechohabientes que por el padecimiento lo ameriten con el fin de disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

19.- Atención médica fuera de red.

- a) En caso de que el diagnóstico o tratamiento sean complejos en opinión de la Subdirección del Servicio Médico, los derechohabientes tendrán derecho a una segunda o más opiniones médicas, para lo cual la Subdirección del Servicio Médico buscará la opción más conveniente, directamente o a través de la Administradora.
- b) Cuando esté justificado y de no contar con el prestador del servicio entre la red de proveedores de la Administradora, la Institución buscará directamente o a través de la misma Administradora la opción más conveniente fuera de la red y los gastos erogados por este concepto serán cubiertos en su totalidad por la Institución.

20.- Atención prenatal a beneficiarias hijas.

- a) La Institución cubrirá la atención prenatal a las hijas beneficiarias de titulares, cuando no hayan contraído matrimonio, exceptuando la atención del parto y la atención del recién nacido.

21.- Suplementos no lácteos.

La Institución autorizará, a través de la red médica de la ASMI, el suministro de suplementos no lácteos en casos de recién nacidos que presenten intolerancia a la lactosa, para lo cual el titular deberá presentar un informe médico a la Subdirección de Servicio Médico para su evaluación y autorización. Dicho informe médico deberá ser actualizado cada 3 meses.