



Subdirección de Servicio Médico
SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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

REEMBOLSO DE:		
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.

