

**REGLAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAL PENSIONADO
O JUBILADO DEL FONDO DE GARANTÍA Y FOMENTO PARA LA
AGRICULTURA, GANADERÍA Y AVICULTURA (FONDO)**

Introducción

Capítulo I

Disposiciones Generales

Capítulo II

Cobertura de Enfermedades No Profesionales

Capítulo III

Atención a Derechohabientes

Capítulo IV

Registro de Derechohabientes

Capítulo V

Administración del Plan de Salud del FONDO

Capítulo VI

Planes de Beneficios

Capítulo VII

De las Consultas Médicas y Servicios de Diagnóstico

Capítulo VIII

De los Servicios de Hospitalización

Capítulo IX

De los Medicamentos en Farmacias

Capítulo X

Del Servicio de Maternidad

Capítulo XI

De la Atención de Urgencia Médica y del Servicio de Ambulancia

Capítulo XII

De la Rehabilitación

Capítulo XIII

De los Servicios Dentales

Capítulo XIV

De la Medicina Preventiva y Control de Enfermedades

Capítulo XV

Otros Beneficios

Capítulo XVI
Exclusiones Generales

Capítulo XVII
Disposiciones de Control

Artículos Transitorios

ANEXOS:

Anexo 1. Tabla de Ajustes, porcentajes y tarifas máximas de montos autorizados y límite de desembolso.

Anexo 2. Criterios aplicables para el Reembolso de pasajes, viáticos y gastos médicos derivados de las atenciones previstas en los artículos 18 y 19 del presente Reglamento.

Anexo 3. Elección del Plan de Beneficios de Servicios de Salud.

Anexo 4. Criterios aplicables para terapia psicológica, neuropsicológica y tratamiento de trastornos de la infancia y del desarrollo

Anexo 5. Criterios aplicables para la atención por parte de licenciados en nutrición o endocrinólogos.

Anexo 6. Formatos médicos.

Anexo 7. Requisitos para el registro de padres en el servicio médico Institucional.

INTRODUCCIÓN

Con el objeto de brindar servicios de salud de calidad a los jubilados, pensionados y demás derechohabientes del Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura (FONDO), fue diseñado un Plan de Salud que contempla un nuevo enfoque para otorgar atención médica integral mediante un esquema de servicios ordenados, vinculados e interrelacionados en un ámbito geográfico, encaminado hacia el cuidado de la salud más que a la solución de problemas y eventos de enfermedad.

Esta reforma al Servicio Médico ofrece a los derechohabientes, las mejores prácticas que en el ejercicio profesional deben llevarse a cabo, a fin de garantizar una mejor atención en la prevención, detección, tratamiento y mejora de las condiciones de salud.

Cabe mencionar, que este Plan de Salud consideró en su Diseño la opinión de expertos en la materia, así como, las acciones que en este sentido ha llevado a cabo nuestro Fiduciario Banco de México.

Este esquema de Servicio Médico se conforma de diferentes planes con características particulares, a fin de permitir que los Titulares obtengan sus atenciones en la forma que consideren más convenientes entre las siguientes:

- a) A través de un grupo de prestadores de servicios médicos que se integran en un Directorio (Plan Básico).
- b) A través del reembolso y de la selección libre de cualquier proveedor de servicios médicos (Planes Arancel y Ejecutivo).

Las reglas y especificaciones de cada uno de los planes se detallan más adelante en el presente documento.

A este Reglamento también le serán aplicables las disposiciones y/o lineamientos que en cada caso expida el FONDO, considerando los diferentes Planes de Beneficios que ofrece, así como las disposiciones de carácter general e instructivos que al respecto emita y dé a conocer.

Para los efectos de este Reglamento, deberá entenderse por:

FONDO: Al fideicomiso denominado FONDO de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura.

Ajustes: Pagos parciales que realizan los derechohabientes por determinados Servicios de Salud que reciben los Planes Arancel y Ejecutivo, en los porcentajes que se establecen en el anexo 1 de este Reglamento.

Aranceles: Tarifas máximas de reembolso que el FONDO pagará a los derechohabientes conforme a su Plan de Beneficios, por los gastos de los servicios de salud a que tengan derecho.

Casa de Asistencia Médica: Centros especializados en el cuidado del enfermo crónico o convaleciente que no requiere de infraestructura hospitalaria. No se consideran como tales los asilos o similares.

Casa de Medio Camino: Centros especializados en la rehabilitación de enfermos psiquiátricos, cuya finalidad sea reintegrar ha dicho enfermo a su entorno familiar y social.

Concubina o Concubinario: La mujer o el hombre con quien el pensionado o la pensionada, ha hecho vida marital durante los cinco años inmediatos anteriores a la solicitud de la prestación de los Servicios de Salud para dicha concubina o concubinario, o con la (el) que hubiere tenido hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio.

El Concubinato deberá ser acreditado ante el FONDO mediante copia certificada de la resolución definitiva que emita el Juzgado de lo Familiar que corresponda, con motivo de la jurisdicción voluntaria que se haya promovido para acreditar el concubinato, o bien, mediante alguna otra forma que resulte jurídicamente procedente.

Condiciones Generales de Trabajo: Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México, de aplicación análoga al personal jubilado del FONDO.

Credencial de Servicios: Instrumento de identificación expedido por el FONDO para acreditar a los derechohabientes el uso de los servicios de salud.

Derechohabiente (s): Titular, cónyuge, concubinario (a), hijos y padres, de acuerdo a lo establecido en los artículos 61, y 65 fracciones I, III, IV, V, VI y VII de las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México, en los casos y bajo las circunstancias que en los mismos se indican.

Directorio de Prestadores de Servicios de Salud: Documento que contiene un listado de centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, profesionistas y demás personas físicas y morales encargadas de prestar los servicios de salud a los derechohabientes inscritos en el Plan Básico.

Elementos de Identificación: Credencial de Servicios o documento que el FONDO entregará a los derechohabientes, para que éstos puedan identificarse ante los Prestadores de Servicios de Salud, y acreditar su derecho al uso de los servicios que éstos brindan.

Enfermedad Transmisible: Alteración en el estado de salud causada por un agente biológico vivo pudiendo ser parásito, bacteria, virus, etc., y que se contagia de persona a persona.

Enfermedad no transmisible: Padecimiento que altera la situación de salud causado por el ambiente físico, biológico o social y que no se contagia de persona a persona.

Escuela de Educación Especial: Centro educativo especializado en rehabilitar a quien tiene limitaciones físicas o psíquicas de origen congénito o adquirido.

Disposiciones y/o Lineamientos: Documentos que contienen información relativa al acceso de los servicios de salud, los procedimientos de operación del FONDO, así como la información relacionada con diversas disposiciones que se prevén en este Reglamento.

Medicina preventiva: Acciones para la prevención y control de los padecimientos y enfermedades de sus derechohabientes.

Médico (s) evaluador (es): Profesionistas que el FONDO tiene contratados a fin de que valoren y califiquen de manera oportuna el alcance de la atención médica, así como los

medicamentos que son proporcionados a los derechohabientes del FONDO.

Oficinas del FONDO: Oficina Central, Oficina de Servicios en la Ciudad de México y Oficinas Foráneas.

Pensión vitalicia de retiro anticipada: Pensión vitalicia de retiro, que se otorga al trabajador(a) en forma anticipada, al reunir los requisitos de edad y antigüedad que señalan los artículos 80, segundo párrafo, así como el artículo sexto transitorio, tercer párrafo, de las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México.

Plan de Salud del FONDO: Modelo de Cobertura y Planes de Beneficios de Salud del FONDO.

Planes de Beneficios de Salud: Programas de Promoción de la Salud, Preventivos, Curativos y Rehabilitatorios otorgados a través de un modelo de servicios ofrecido a los Titulares y sus beneficiarios, cuyas modalidades pueden ser: Plan Básico a través del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, y Planes Arancel y Ejecutivo a través de reembolso y en su caso a través del Directorio de Prestadores de Servicio de Salud citado.

Sede: Población en la cual los pensionados (as) o jubilados (as) ejercieron su derecho a la pensión. Los derechohabientes de ambos tendrán la misma plaza de adscripción de los Titulares.

Prestadores de Servicios de Salud: Conjunto de centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, profesionistas y demás personas físicas y morales que ofrecen servicios de salud a los derechohabientes y que se encuentren tanto dentro como fuera del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud.

Reembolso: Mecanismo utilizado por el FONDO para reintegrar a los Titulares, o en caso de faltar éstos a quien corresponda, la totalidad del costo de los Servicios de Salud recibidos y pagados por los derechohabientes, de conformidad con los aranceles establecidos y a lo previsto en este Reglamento.

Reglamento: Reglamento de Servicios de Salud para personal pensionado o jubilado del Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura (FONDO).

Servicios Complementarios: Conjunto de servicios médicos necesarios para el correcto estudio y manejo de los distintos padecimientos que son otorgados a través de centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, casas de ortopedia entre otros.

Servicios de Salud: Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, de gabinete y hospitalaria, así como servicios de promoción de la salud, preventivos, curativos y rehabilitatorios como son los aparatos de prótesis y de ortopedia que sean necesarios para la atención de los derechohabientes, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento.

Titular (es): Jubilado o pensionado del FONDO.

Urgencia médica: Se entenderá por urgencia médica toda aquella condición o lesión que ocurre en forma súbita e inesperada y que pone en peligro la vida de un individuo, la función de un órgano o la que puede resultar en una lesión o incapacidad seria y que requiere atención médica inmediata. También se consideran urgencias los problemas médicos tales como: heridas, fracturas, intoxicaciones y envenenamientos que de no tratarse con prontitud pueden generar complicaciones, por lo que el derechohabiente debe ser remitido a observación u hospitalización.

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. El FONDO está obligado a proporcionar los Servicios Médicos únicamente a las personas señaladas en los artículos 61, y 65 fracciones I, III, IV, V, VI y VII de las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México de aplicación a los pensionados del Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Reglamentaria de la Fracción XIII Bis del Apartado B, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Convenio de Subrogación de Servicios que el propio Banco tiene celebrado con el Instituto Mexicano del Seguro Social y demás disposiciones que al efecto emita el FONDO.

ARTÍCULO 2. La prestación de servicios de salud se proporcionará, cuando menos, en las plazas en donde el FONDO tenga establecidas sus oficinas, por conducto de los Prestadores de Servicios de Salud de acuerdo con el plan elegido por el Titular.

ARTÍCULO 3. El FONDO proporcionará a los Titulares y a sus derechohabientes, los elementos de identificación que deberán presentar a los Prestadores de Servicios de Salud, para el uso de la prestación a que se refiere este Reglamento.

ARTÍCULO 4. Los Titulares deberán proporcionar al FONDO, en forma completa y veraz, la documentación e información que les sea requerida, respecto de aquellas personas que pretendan registrar como sus derechohabientes. Tal documentación e información también deberá proporcionarse en el momento en que ocurra un cambio en las condiciones que dieron origen al registro de un derechohabiente, o cuando el FONDO se lo requiera.

Así mismo, cuando el FONDO lo solicite, deberán actualizar sus datos y los de sus derechohabientes.

ARTÍCULO 5. El FONDO sin responsabilidad a su cargo, podrá suspender la prestación de los servicios de salud a quienes no cumplan con los requisitos de registro y actualización establecidos en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 6. Serán a cargo de los Titulares, o ante la falta de éstos, a cargo de sus Derechohabientes, los gastos en que hayan incurrido por concepto de servicios médicos distintos a los que les corresponda de conformidad con su plan de beneficios, o cuando se sometan a tratamientos no autorizados por el FONDO, salvo en casos de urgencia médica comprobada a entera satisfacción de la propia Institución, conforme a lo establecido para tal efecto en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 7. Los actos u omisiones de los derechohabientes que impliquen una conducta indebida, relacionada con el uso de los servicios de salud y/o causen daño al patrimonio del FONDO, será motivo de que éste exija a los Titulares y, de ser el caso, a sus derechohabientes, las responsabilidades civiles, administrativas, laborales y penales que resulten procedentes.

ARTÍCULO 8. Al fallecer el Titular, su cónyuge, concubina o concubinario, hijos, y en su caso ascendientes, que se encuentren registrados como derechohabientes podrán conservar y continuar utilizando durante seis meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del Titular, la prestación de servicio médico en el mismo Plan de Beneficios que gozaban al momento del fallecimiento del Titular, en tanto acuden al Instituto Mexicano del Seguro Social a solicitar y tramitar el otorgamiento de la pensión respectiva.

El FONDO podrá prorrogar el Servicio Médico por otro periodo de seis meses, siempre que los Derechohabientes acrediten a satisfacción de éste, que la pensión respectiva se encuentra en trámite ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En caso de que transcurra el primer periodo de seis meses o su prórroga, sin que los Derechohabientes acrediten ante el FONDO el otorgamiento de la pensión respectiva por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la prestación de Servicio Médico se suspenderá.

Una vez que los derechohabientes señalados en el primer párrafo de este artículo acrediten la obtención de la pensión respectiva, la prestación de Servicio Médico continuará en el mismo Plan de Beneficios que gozaban al momento del fallecimiento del Titular.

Los derechohabientes de los trabajadores que hayan obtenido una pensión vitalicia de retiro anticipada, o de aquellos trabajadores a los cuales el FONDO no les haya seguido cotizando ante el Instituto Mexicano del Seguro Social con posterioridad a su pensión del FONDO, conservarán y continuarán utilizando la prestación de servicio médico al fallecer el titular, aun cuando no tramiten, ni les sea otorgada la pensión del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el evento que el Titular hubiere optado por el régimen de pago por defunción, los referidos servicios les serán proporcionados a través del Plan Básico, mientras conserven la calidad de derechohabientes.

ARTÍCULO 9. Cualquier suma de dinero que el Titular adeude al FONDO con motivo del uso de las prestaciones de los servicios de salud será descontada de la pensión, o podrá ser cobrada a través de cualquier otro medio, según sea el caso, de conformidad a las disposiciones legales aplicables.

Asimismo, los derechohabientes de éste aceptan que, con motivo del fallecimiento del Titular, sea descontado de la pensión que en su caso les corresponda, cualquier cantidad que se adeude por el uso de la prestación de servicios de salud.

ARTÍCULO 10. Cuando un derechohabiente deje de cumplir los requisitos para continuar disfrutando de la prestación de Servicios Médicos, el Titular deberá entregar al FONDO la credencial de servicios y cualquier otro medio asignado a ese derechohabiente, quedando el Titular como responsable del uso indebido que se haga de los mismos hasta el momento en que efectúe su devolución al FONDO.

ARTÍCULO 11. En lo no previsto en el presente Reglamento se aplicará supletoriamente lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y los demás ordenamientos legales aplicables en materia de Servicios Médicos, así como las disposiciones emitidas por el propio FONDO.

CAPÍTULO II

COBERTURA DE ENFERMEDADES NO PROFESIONALES

ARTÍCULO 12. En caso de enfermedad no profesional o de accidente que no sea de trabajo, los (las) pensionados (as) o jubilados (as) tendrán derecho a los servicios médicos.

ARTÍCULO 13. También tendrán derecho, en caso de enfermedad, a los servicios que señalan la fracción I del artículo inmediato anterior, durante un plazo máximo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento, las personas siguientes:

- I. Los pensionados o jubilados.
- II. El o la cónyuge del pensionado o pensionada por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez, o incapacidad permanente total. A falta de cónyuge, la concubina o concubinario del pensionado o pensionada por los mismos conceptos en términos de la fracción anterior.
- III. Los hijos de los Titulares, menores de veintiún años, solteros y que no trabajen. Este límite de edad podrá ampliarse hasta la fecha en que cumplan veinticinco años siempre que se encuentren cursando estudios, sin retraso o con retraso justificado a criterio del FONDO, en alguna Institución del Sistema Educativo Nacional o en el extranjero incluyendo periodos vacacionales de espera entre ciclos escolares. Si los hijos no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, el límite de edad se ampliará hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen. Dicha incapacidad será calificada por los profesionales que el FONDO designe o, en su caso, por dictamen que emita la autoridad competente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los Titulares cuyos hijos cumplan veintiún años y reúnan los requisitos señalados en esta fracción, para prorrogar el uso de los Servicios de Salud hasta la fecha en que cumplan los veinticinco años, deberán entregar al FONDO un escrito en el cual manifiesten, bajo protesta de decir verdad, que se reúnen dichos requisitos y que se obligan a notificar al FONDO, cuando así ocurra, que sus hijos han dejado de reunir tales requisitos. Con dicho escrito, se prorrogará continuamente el uso de los Servicios de Salud a los hijos hasta el momento en que cumplan veinticinco años o hasta que el Titular notifique al FONDO que sus hijos dejaron de reunir los requisitos mencionados, lo que ocurra primero. El FONDO se reserva en todo momento el derecho de verificar, por sí o a través de terceros, la veracidad de la documentación. En caso de que en esa verificación no se acredite documentalmente que los hijos reúnen los requisitos mencionados, el Titular se sujetará a lo previsto en los artículos 5, 7 y demás relativos a este Reglamento.

- IV. El padre y/o madre de los pensionados por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez o incapacidad permanente total, que vivan en el hogar de éstos, según corresponda. El FONDO, previo dictamen médico o clínico expedido por un profesional que el propio FONDO designe, de conformidad con la norma administrativa interna, podrá exceptuar el mencionado requisito de convivencia.
- V. El padre y/o la madre de los pensionados por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez, o incapacidad permanente o total, que fallezcan, si tenían derecho a esta asistencia al ocurrir el deceso.
- VI. Los pensionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social en su carácter de derechohabientes de pensionados por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez, o incapacidad permanente total, que fallezcan.

Si al concluir el plazo mencionado en el primer párrafo de este artículo, el Derechohabiente continúa enfermo, el FONDO, previo dictamen médico o clínico expedido por un profesional que designe, determinará los casos en que se podrá prorrogar el tratamiento por otros plazos iguales y sucesivos.

En los casos de las fracciones III y IV deberán depender económicamente de los pensionados y no tener por sí mismos derechos propios o similares prestaciones.

En el caso del cónyuge, concubina o concubinario, podrá otorgársele la prestación de Servicios Médicos del FONDO, excepto cuando goce de una prestación de servicios médicos similar a la otorgada por el FONDO, que incluya cobertura de gastos médicos menores y mayores, distintos a los otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ARTÍCULO 14. En la asistencia médica y quirúrgica a que se refiere el artículo 12 de este Reglamento, queda incluida la asistencia dental que comprenderá prótesis, tratamiento médico y quirúrgico de padecimientos de las encías, labios, paladar, maxilares y dientes, con obturaciones de resina, porcelana y amalgama. Lo anterior, en los términos previstos en el Capítulo XIII del presente Reglamento.

ARTÍCULO 15. Se entenderá por comienzo de una enfermedad, el día en que el FONDO por sí o a través de terceros certifiquen su existencia, pudiendo así reconocer una fecha anterior de comienzo de la enfermedad, cuando el Titular se la demuestre plenamente.

CAPÍTULO III ATENCIÓN A DERECHOHABIENTES

ARTÍCULO 16. Los Derechohabientes del FONDO que por libre elección quieran recibir atención médica fuera de su lugar de adscripción con excepción de todas aquellas que requieran autorización por parte del FONDO de acuerdo a los Capítulos XII y XIII y a los artículos 52, 54 y 60 del presente Reglamento, podrán hacerlo utilizando libremente los Servicios de Salud en el territorio nacional, de acuerdo con el Plan de Beneficios que les corresponda.

Los Derechohabientes de los (las) pensionados (as) o jubilados (as) que residan en población distinta a la de adscripción de estos últimos, podrán hacer uso del servicio médico en donde residen, conforme al plan en el que el Titular se encuentre inscrito, sin embargo, y en el caso de aquellas ciudades en donde no se puedan atender a través del plan elegido, podrán elegir otro distinto, a fin de recibir la atención médica en la plaza.

ARTÍCULO 17. Cuando los Derechohabientes se encuentren en algún lugar del territorio nacional y requieran algún servicio de salud, tendrán derecho a que el FONDO les efectúe el reembolso de los gastos médicos que hubieren erogado, conforme a lo siguiente:

Para los Derechohabientes del Plan Básico invariablemente deberán verificar en primera instancia si se cuenta con el servicio requerido en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, si no se contara con dicho servicio podrán elegir el prestador de su preferencia teniendo en cuenta que aún en este supuesto, están obligados a acudir en primera instancia con médicos de primer contacto al cuál pagarán directamente por los servicios recibidos mismos que serán reembolsados hasta la tarifa máxima que el FONDO tenga autorizada en esa población para la misma atención, salvo en los casos que la tarifa máxima de la plaza de adscripción del Titular sea menor a la de la población de atención; en este supuesto, el FONDO reembolsará hasta el arancel establecido en su plaza de adscripción.

Para los Derechohabientes inscritos en los Planes Arancel y Ejecutivo, podrán elegir el prestador de su preferencia para lo cual deberán pagar directamente por los servicios recibidos y entregar al FONDO, los comprobantes de gastos efectuados para obtener el reembolso de las cantidades que resulten procedentes después de aplicar las tarifas y los porcentajes de ajustes de acuerdo al Plan de Beneficios, contenidos en el anexo 1 de este Reglamento.

En el caso de que un Derechohabiente cambie de residencia a alguna localidad distinta a la Plaza de Adscripción del Titular, este último deberá hacerlo del conocimiento del FONDO dentro del mes siguiente a dicho cambio.

ARTÍCULO 18. Cuando para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del Derechohabiente se requiera de elementos profesionales, equipo o instalaciones de los que no se disponga en su plaza de adscripción o lugar de residencia y que por esta razón sea necesario que éste se atienda en algún otro lugar dentro del territorio nacional, el FONDO cubrirá, a través de reembolso y conforme a lo establecido en el anexo 2 de este Reglamento, sus pasajes y viáticos y, cuando a juicio del FONDO así lo requiera, los de un acompañante. De igual forma, en estos casos y cuando los Derechohabientes lo soliciten, el FONDO otorgará anticipos por los conceptos antes mencionados de acuerdo a lo previsto en el referido anexo.

El FONDO, tomando como referencia las investigaciones que realice será quien determine si existen o no elementos profesionales, equipo o instalaciones para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del Derechohabiente en su plaza de adscripción o lugar de residencia dentro y fuera de red; y asimismo será quien autorice la procedencia del pago de pasajes y viáticos.

Tratándose de estas atenciones médicas, el FONDO señalará al Derechohabiente el lugar y los Prestadores de Servicios de Salud dentro del territorio nacional, en dónde y con quiénes deba recibir la atención. Los gastos médicos serán cubiertos conforme al Plan de Beneficios en que esté registrado el Derechohabiente.

El Titular antes de recibir la atención, deberá solicitar autorización al FONDO, salvo en casos de urgencia debidamente justificada.

ARTÍCULO 19. Cuando para el diagnóstico o la atención de padecimientos se requiera de elementos profesionales, grupos médicos multidisciplinarios, equipo o instalaciones de los que no se disponga en el territorio nacional y que por esa razón sea necesario que el Derechohabiente se atienda fuera del país, el FONDO podrá autorizar la atención fuera del país, en cuyo caso cubrirá, a través de Reembolso, conforme a los criterios, aranceles y porcentajes establecidos en el anexo 2 de este Reglamento, sus pasajes y viáticos y, cuando a juicio del FONDO así se requiera, los de un acompañante, de acuerdo con las disposiciones que emita para tales efectos. De igual forma, en estos casos y cuando el Derechohabiente lo solicite por escrito, el FONDO otorgará anticipos por los conceptos antes mencionados de acuerdo a lo previsto en el referido anexo.

El FONDO, tomando como referencia las investigaciones que realice, será quien determine si existen o no elementos profesionales, equipo o instalaciones para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del Derechohabiente en territorio nacional. Los Derechohabientes sólo podrán ser atendidos fuera del país, previa autorización del FONDO.

Tratándose de estas atenciones médicas, el FONDO señalará al Derechohabiente el lugar y los Prestadores de Servicios en donde y con quienes deba recibir la atención.

Tratándose del Reembolso de los gastos erogados por los Servicios Médicos antes descritos, éstos se efectuarán, en moneda nacional al tipo de cambio vigente en la fecha en que efectivamente se pagó el servicio, debiendo el Titular, o a falta de éste, quien corresponda, presentar los Comprobantes y documentos que el FONDO le requiera.

ARTÍCULO 20. Si en los supuestos a que se refieren los artículos 18 y 19 de este Reglamento, alguna de las personas falleciera, el FONDO cubrirá mediante reembolso los gastos de traslado del cuerpo, a través del medio de transporte que determine el FONDO, del lugar donde ocurrió el deceso a su lugar de residencia.

CAPÍTULO IV REGISTRO DE DERECHOHABIENTES

ARTÍCULO 21. El FONDO establecerá los procedimientos que permitan asegurar que los Servicios de Salud se otorguen exclusivamente a las personas que tengan derecho a éstos, conforme a lo que disponen las Condiciones Generales de Trabajo.

ARTÍCULO 22. Para registrar a una persona como Derechohabiente se deberá acudir al FONDO y entregar la siguiente documentación:

- I. Hijos: copia certificada expedida por el Registro Civil de su acta de nacimiento y CURP.

Los hijos recién nacidos podrán acceder a la cobertura del Plan de Beneficios que les corresponda, durante los primeros sesenta días de vida, sin perjuicio de que durante ese tiempo se deberá realizar el trámite de registro respectivo. En caso de no hacerlo, al Titular le será aplicable lo previsto en los artículos 7 y 10 del presente Reglamento.

Tratándose de adopción legalmente reconocida, los Titulares podrán solicitar el Reembolso de los gastos de Servicios Médicos que hubieren erogado desde el momento en que les fue entregada la custodia del menor y hasta la formalización de la adopción, en términos del artículo 17 del presente Reglamento.

- II. Cónyuge: copia certificada de su acta de nacimiento expedida por el Registro Civil, CURP, copia certificada del acta de matrimonio expedida por el Registro Civil con fecha de expedición no mayor a seis meses con relación a la fecha de solicitud de registro como Derechohabiente y carta suscrita por el Titular manifestando la situación laboral de su cónyuge y, en su caso, si tiene prestaciones similares a las otorgadas por el FONDO, conforme a lo establecido en el antepenúltimo párrafo del artículo 13. Además, si el cónyuge está laborando, también deberá presentar constancia laboral o bien si tiene negocio propio deberá presentar declaración de impuestos.

- III. Concubina o Concubinario: copia certificada expedida por el Registro Civil de su acta de nacimiento, CURP, carta suscrita por el Titular manifestando la situación laboral de su Concubina o Concubinario, así como, en su caso, si tiene prestaciones similares a las otorgadas por el FONDO conforme a lo establecido en el antepenúltimo párrafo del artículo 13 de este Reglamento. Adicionalmente, deberán entregar constancia de soltería emitida por la autoridad competente, con una antigüedad no mayor a seis meses y copia certificada de la resolución definitiva que emita un Juez de lo Familiar con motivo de la jurisdicción voluntaria que se promueva para acreditar el concubinato, o bien, mediante alguna otra forma que resulte jurídicamente procedente.

En caso de no tener hijos en común, deberán acreditar el cumplimiento del requisito de vida marital durante los cinco años anteriores a la solicitud de Servicio Médico de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo. Carta suscrita por el Titular manifestando la situación laboral de su concubina (o) y, en su caso, si trabaja en una Institución del sistema bancario mexicano. Además, si la (el) concubina (o) está laborando también

deberá presentar constancia laboral o bien si tiene negocio propio deberá presentar declaración de impuestos.

- IV. Padres: copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de nacimiento y CURP del padre, de la madre o de ambos, según sea el caso.

En el caso de los padres, adicionalmente se deberá presentar una carta suscrita por el o la Titular manifestando la situación laboral de la persona a quien pretende registrar, acreditar su dependencia económica, que viven con el Titular en el hogar de éste y manifestar que no tiene por sí mismo derechos propios a similares prestaciones, para ello la Subdirección de Recursos Humanos indicará al Titular los documentos que deberá presentar, de conformidad con el Anexo 7 del presente Reglamento.

El FONDO podrá realizar un estudio socioeconómico para evaluar la procedencia del otorgamiento de los servicios médicos y requerir la demás documentación que estime conveniente para resolver a juicio del propio FONDO sobre el registro que corresponda. Para los efectos previstos en este artículo se estará a lo dispuesto por los artículos 4, 5, 7, 10 y demás relativos de este Reglamento.

ARTÍCULO 23. Los documentos entregados formarán parte del expediente del Titular y no tendrán carácter devolutivo, aún en el caso de que dicho Titular cause baja del FONDO.

CAPÍTULO V ADMINISTRACIÓN DEL PLAN DE SALUD DEL FONDO

ARTÍCULO 24. El FONDO administrará la prestación de los Servicios Médicos. En todo caso, los derechohabientes deberán sujetarse a los procedimientos que el FONDO establezca para proveer la atención médica, así como a las disposiciones y/o lineamientos que expida para regular el uso de los Servicios Médicos.

CAPÍTULO VI PLANES DE BENEFICIOS DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 25. Para el otorgamiento de los Servicios de Salud, el FONDO contará con tres distintos Planes de Beneficios, identificados respectivamente como Plan Básico, Plan Arancel y Plan Ejecutivo.

ARTÍCULO 26. Los Derechohabientes de los Titulares serán registrados en el mismo Plan de Beneficios en que estén registrados los Titulares.

ARTÍCULO 27. Los Titulares podrán realizar un cambio de plan por cada año calendario. Para tal efecto, los Titulares tendrán que realizar la solicitud por escrito de conformidad con el anexo 3 de este Reglamento.

El cambio de Plan de Beneficios surtirá sus efectos a partir del día en que la Subdirección de Recursos Humanos reciba la solicitud.

Los Titulares que hayan ingresado después del 15 de julio de 1996, y que obtengan de manera anticipada la pensión vitalicia de retiro por cumplir al menos cuarenta y cinco años de edad y veinte de servicios, quedaran registrados en el plan Arancel y Ejecutivo, según corresponda, independientemente del Plan de Beneficios que en su calidad de

trabajador hubiere disfrutado con anterioridad a esa fecha. El monto de los copagos será ilimitado.

Es responsabilidad del personal jubilado o pensionado entregar las credenciales de él y sus derechohabientes en los siguientes casos:

- Cuando exista algún cambio en la situación conyugal.
- Cuando alguno de sus hijos cumpla 21 años de edad. En este supuesto la credencial será sustituida por una comunicación emitida por la Subdirección de Recursos Humanos.

ARTÍCULO 28. El FONDO establecerá diferentes tarifas y porcentajes de ajuste que los Titulares deberán cubrir por el uso de los servicios de salud, que tanto ellos como sus derechohabientes utilicen para la adecuada atención de su salud, de acuerdo al Plan de Beneficios en que estén registrados.

La cobertura y porcentajes de ajuste, correspondientes al Plan Arancel y Plan Ejecutivo, se contienen en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 29. Cuando los Titulares de los planes Arancel y Ejecutivo acumulen, durante un año calendario, gastos por ajustes hasta el límite anual vigente de desembolso, y siempre que estos gastos sean derivados de los Servicios Médicos que el FONDO determine, recibidos por ellos y sus Derechohabientes, no tendrán obligación de efectuar ajustes adicionales por dichos Servicios Médicos por el resto del mismo año calendario. En el caso que el Titular inicie el uso de los Servicios de Salud en fecha diferente al primer día del año, el límite a que se refiere este artículo, será aplicable únicamente por la fracción del año por transcurrir. Asimismo, no será acumulable para el siguiente ejercicio el monto acumulado por ajustes del año inmediato anterior.

El límite anual de desembolso por ajustes por grupo familiar y los conceptos de Servicios Médicos a que se refiere el párrafo inmediato anterior, se contienen en el anexo 1 de este Reglamento y serán acumulables aun cuando éstos deriven de Servicios Médicos otorgados por Prestadores fuera de Red.

En el caso que el Titular obtenga la pensión vitalicia de retiro a que se refiere el segundo párrafo del artículo 80 de las Condiciones Generales de Trabajo, para efectos de los ajustes por los Servicios Médicos recibidos por él o por sus Derechohabientes, se aplicará lo dispuesto en artículo 28, último párrafo de este Reglamento.

ARTÍCULO 30. El FONDO establecerá, para todos los Planes de Beneficios, los porcentajes y tarifas máximas de reembolso que en términos de este Reglamento cubrirá a los Titulares respecto de los gastos efectuados por estos últimos y sus derechohabientes por determinados servicios de salud.

Los porcentajes y tarifas máximas de reembolsos, así como los servicios médicos a que se refiere este artículo, se contienen en el anexo 1 de este Reglamento.

Las solicitudes de Reembolso por Servicios Médicos efectivamente recibidos, deberán presentarse ante el FONDO con sus respectivos comprobantes, que deberán haberse expedido durante el ejercicio fiscal en curso o durante el ejercicio inmediato anterior. En ese último supuesto, tales Reembolsos deberán tramitarse a más tardar el 31 de enero del ejercicio en curso.

Tratándose de servicios médicos que no se encuentren considerados en el anexo 1 del presente Reglamento, el FONDO determinará el importe máximo de reembolso, en caso de que resulte procedente.

ARTÍCULO 31. El FONDO podrá modificar el límite anual de desembolso por ajustes por Titular con sus derechohabientes y sus conceptos, así como los porcentajes y tarifas máximas de reembolso que pagará por los servicios que se contienen en el anexo 1 de este Reglamento, con base en lo siguiente:

- I. El monto correspondiente al límite anual de desembolso por ajustes por grupo familiar, se actualizará cuando el Índice Nacional de Precios al Consumidor por objeto de gasto en el rubro de salud haya acumulado un incremento igual o mayor a 10% con respecto de los montos vigentes, o bien, con el índice que se determine al cierre del ejercicio.
- II. Los porcentajes y tarifas máximas de reembolso se actualizarán cuando el Índice Nacional de Precios al Consumidor por objeto de gasto en los rubros correspondientes de salud o educación – para el caso de escuelas especializadas -, hayan acumulado un incremento igual o mayor a 10% con respecto de los montos vigentes, o bien, con el índice que se determine al cierre del ejercicio.

Sin perjuicio de los supuestos previstos en las fracciones I y II anteriores, el FONDO, mediante disposiciones de carácter general, podrá efectuar las modificaciones que considere necesarias, incluyendo a los porcentajes de ajustes y conceptos de Servicios de Salud sujetos a éstos, y como resultado a circunstancias de calidad, atención, permanencia y mejora de los Planes de Beneficios de Salud.

PLAN BÁSICO

ARTÍCULO 32. El Plan Básico es aquel mediante el cual, el FONDO pone a disposición de los Derechohabientes registrados en este Plan, los servicios médicos que se incluyen en el Directorio de Prestadores de este Plan, para la atención de sus padecimientos y el cuidado de su salud.

ARTÍCULO 33. Los servicios de salud que se otorguen a través del Plan Básico serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden del personal jubilado o pensionado a favor de los Prestadores de Salud del Directorio de este Plan, con excepción de aquellos mencionados en el artículo 39 de este Reglamento.

En los casos donde el servicio no se encuentre dentro del Directorio, será cubierto mediante reembolso al Titular, de acuerdo con los aranceles establecidos para atenciones fuera de red.

ARTÍCULO 34. Las consultas médicas serán otorgadas, en primera instancia, por los médicos que conforman la red de médicos de primer contacto del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud. Dicha red se integra con médicos generales, familiares, internistas, homeópatas, gineco-obstetras, odontólogos, pediatras, geriatras y oftalmólogos.

Se deberá acudir con médicos de primer contacto aún y cuando no existan en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud. Una vez que dicho médico lo valore determinará si es necesario acudir con el médico especialista.

Los derechohabientes registrados en este Plan, deberán acudir con alguno de esos médicos para el cuidado de su salud, quienes serán los encargados de proveer la atención médica, así como las acciones de medicina preventiva que el FONDO establezca.

En los casos previstos en los Capítulos XII, XIII y en los Artículos 52, 54, 56 y 60, del presente Reglamento, el médico tratante o el derechohabiente, deberá solicitar autorización al FONDO previo a la atención.

ARTÍCULO 35. Para el caso de los derechohabientes que deseen acudir con psicólogos y psiquiatras, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el pase respectivo, con dicho pase podrán acudir hasta 3 consultas con la finalidad de que sea valorado por el especialista.

Para el caso de atenciones con psicólogos, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá solicitar autorización a la Subdirección de Recursos Humanos, la cual determinará si procede la atención, esto, de conformidad con los requisitos previstos en el anexo 4 de este Reglamento.

Para el caso de los psiquiatras, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá presentar documento del médico tratante en el cual se indique periodo y frecuencia del tratamiento, plan de tratamiento farmacológico/ no farmacológico y diagnóstico, con dicho documento la Subdirección de Recursos Humanos emitirá la autorización correspondiente.

ARTÍCULO 36. Para poder acudir con médicos de especialidad distinta a las mencionadas en el artículo 34, se deberá contar con el pase que los médicos de primer contacto expidan, conforme a los procedimientos establecidos por el FONDO. Dicho pase, el Titular deberá presentarlo a través de los medios electrónicos disponibles, al Departamento de Servicio Médico y Otras Prestaciones para su registro.

El médico especialista, después de la primera consulta, podrá citar nuevamente al derechohabiente hasta 2 veces para el mismo padecimiento, en caso de requerir una cuarta consulta o más, se deberá solicitar autorización por escrito al FONDO a través de la Subdirección de Recursos Humanos, dicha ampliación podrá autorizarse hasta por un año previa valoración.

Asimismo, en caso de padecimientos crónicos, se deberá solicitar autorización por escrito al FONDO a través de la Subdirección de Recursos Humanos, para poder seguir consultando al especialista sin regresar con el médico de primer contacto.

Para el caso de los Derechohabientes que deseen acudir con especialistas en endocrinología o licenciados en nutrición con la finalidad de recibir tratamientos nutricionales y dietéticos para el control del peso, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el pase respectivo, con dicho pase podrán acudir a una consulta con la finalidad de que sea valorado por el especialista, en caso de requerir atención por un período mayor, el Derechohabiente deberá solicitar autorización a la Subdirección de Recursos Humanos, la cual determinará si procede la atención, esto, de conformidad con los requisitos previstos en el Anexo 5 de este Reglamento.

Cuando el Derechohabiente no cuente con el pase respectivo y acuda con médicos de especialidad distinta a las mencionadas en el artículo 34, el FONDO descontará al Titular, o ante la falta de éste, a sus Derechohabientes, el 100% del costo de los servicios sin derecho a reembolso. Lo anterior, sin exceder los límites permitidos por Ley.

ARTÍCULO 37. El acceso a los servicios de salud complementarios como son centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, casas de ortopedia, incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud de este Plan, requerirá prescripciones respectivas de los médicos tratantes de ese Directorio. Asimismo, los estudios de laboratorio y/o gabinete que sean solicitados en la consulta médica deberán realizarse únicamente en los laboratorios y gabinetes incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de

Salud, y no en los hospitales; salvo en los casos en que el paciente se encuentre hospitalizado o se trate de una urgencia debidamente justificada a satisfacción del FONDO o bien si existe la evidencia de que mediante análisis de precios en el mercado es la mejor opción en servicio y precio.

En los casos en donde se cuente con un Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, para tener acceso a dichos prestadores deberán presentar los elementos de Identificación a los diversos prestadores, quienes a su vez les proporcionarán la papelería que deberán llenar para ser atendidos.

El FONDO no cubrirá el costo de los servicios complementarios derivados de consultas médicas no procedentes.

ARTÍCULO 38. Los medicamentos prescritos por los médicos y odontólogos tratantes del Directorio de Prestadores del Plan Básico, deberán ser surtidos exclusivamente en farmacias y no en los hospitales; salvo en los casos en que el paciente se encuentre hospitalizado o se trate de una urgencia debidamente justificada a satisfacción del FONDO.

Cuando el Derechohabiente surta productos incluidos en la “relación de productos no autorizados” que el FONDO de a conocer, aún y cuando se encuentren amparados con una receta médica, no serán reembolsados.

ARTÍCULO 39. El FONDO realizará el reembolso a los Titulares, conforme a los porcentajes y tarifas que se contienen en el anexo 1 de este Reglamento, los gastos en que hubieren incurrido él y sus derechohabientes por el uso de los servicios de salud previstos en dicho anexo.

Cuando los derechohabientes del Plan Básico residan en algún lugar del territorio nacional en donde el FONDO no cuente con Directorio de Prestadores de Servicios de Salud para el padecimiento objeto de la atención, tendrán derecho a que éste les efectúe el reembolso de los gastos médicos que hubieren erogado, conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

Cuando no exista un servicio en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, el FONDO realizará el reembolso a los Titulares, conforme a los porcentajes y tarifas que se contienen en el anexo 1 de este Reglamento, de los gastos en que hubieren incurrido él y sus Derechohabientes por el uso de los servicios de salud previstos en dicho anexo; en caso contrario, el FONDO cubrirá por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado, el costo de los servicios a favor de los Prestadores de Salud del Directorio de este Plan.

PLAN ARANCEL

ARTÍCULO 40. El Plan Arancel es una alternativa al Plan Básico que cada Titular podrá elegir para él y sus derechohabientes.

En este Plan, el FONDO pone a disposición de los derechohabientes inscritos en el mismo, los servicios médicos que se incluyen en el Directorio de Prestadores de Servicios Médicos sin necesidad de acudir a un médico de primer contacto. Para tener acceso a dichos prestadores los derechohabientes deberán presentar los elementos de Identificación a los diversos prestadores.

Los servicios de salud que se otorguen a través del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado a favor de los Prestadores de Servicios de Salud del Directorio y se descontará al Titular, de la pensión, los porcentajes de ajustes que correspondan a

los servicios utilizados de acuerdo con el anexo 1 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 41. Adicionalmente, los derechohabientes registrados en este Plan podrán elegir libremente médicos, odontólogos, servicios complementarios que no formen parte del Directorio de Prestadores del Plan Básico.

Cuando elijan libremente médicos, odontólogos, servicios de salud complementarios que no formen parte del Directorio de Prestadores del Plan Básico deberán pagar directamente por los servicios recibidos y entregar al FONDO, los comprobantes de gastos efectuados para obtener el reembolso de las cantidades que resulten procedentes después de aplicar los ajustes correspondientes al Plan Arancel para atenciones fuera de red contenidos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 42. Para aquellos servicios mencionados en el anexo 1 de este Reglamento, el FONDO realizará el reembolso al Titular de lo que hubiere erogado conforme a los porcentajes, montos y tarifas vigentes al momento de la atención.

ARTÍCULO 43. Las consultas médicas serán otorgadas por cualesquiera de los médicos y demás profesionales relacionados con la salud que elijan los Derechohabientes, sin que para ello requieran de pase o autorización alguna, salvo aquellos casos en los cuales los Derechohabientes deseen acudir con especialistas en endocrinología o licenciados en nutrición con la finalidad de recibir tratamientos nutricionales y dietéticos para el control del peso para lo cual deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el pase respectivo, con dicho pase podrán acudir a una consulta con la finalidad de que sea valorado por el especialista, en caso de requerir atención por un período mayor, el Derechohabiente deberá solicitar autorización a la Subdirección de Recursos Humanos, la cual determinará si procede la atención, esto, de conformidad con los requisitos previstos en el anexo 5 de este Reglamento; o bien lo previsto en los Capítulos XII, XIII y en los Artículos 52, 54 y 60, del presente Reglamento.

Para el caso de los Derechohabientes que deseen acudir con psicólogos y psiquiatras, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el pase respectivo, con dicho pase podrán acudir hasta 3 consultas con la finalidad de que sea valorado por el especialista.

Para el caso de atenciones con psicólogos, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá solicitar autorización a la Subdirección de Recursos Humanos, la cual determinará si procede la atención, esto, de conformidad con los requisitos previstos en el anexo 4 de este Reglamento.

Para el caso de los psiquiatras, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá presentar documento del médico tratante en el cual se indique periodo del tratamiento y padecimiento, con dicho documento la Subdirección de Recursos Humanos emitirá la autorización correspondiente.

ARTÍCULO 44. El acceso a los servicios de salud complementarios, como son centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, casas de ortopedia, incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, requerirán las prescripciones respectivas de los médicos tratantes de dicho Directorio conforme a los procedimientos que el FONDO tenga establecidos, solicitando autorización previa a aquellos contemplados en el artículo 54 del presente Reglamento.

Asimismo, los estudios y demás servicios complementarios prescritos por los médicos y odontólogos tratantes del Directorio, deberán ser proporcionados exclusivamente en los gabinetes y demás Prestadores de Servicios de Salud que se listan en dicho Directorio.

El FONDO no cubrirá el costo de los servicios complementarios derivados de consultas médicas no procedentes.

PLAN EJECUTIVO

ARTÍCULO 45. El Plan Ejecutivo es aquel mediante el cual, el FONDO pone a disposición de los derechohabientes inscritos en el mismo, los médicos, odontólogos, servicios médicos complementarios que se incluyen en el Directorio de Prestadores de Salud sin necesidad de acudir a un médico de primer contacto. Para tener acceso a dichos prestadores los derechohabientes deberán presentar los elementos de Identificación a los diversos prestadores, quienes a su vez les proporcionarán la papelería que deberán llenar para ser atendidos.

Los servicios de salud que se otorguen a través de los Prestadores de Servicios de Salud incluidos en el Directorio, serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado a favor de los Prestadores de Salud del Directorio y se descontará al Titular de la pensión, los porcentajes de ajustes que correspondan a los servicios utilizados de acuerdo al anexo 1 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 46. Adicionalmente, los derechohabientes registrados en este Plan podrán elegir libremente médicos, odontólogos, servicios complementarios que no formen parte del Directorio de Prestadores del Plan Básico.

Para ello, deberán pagar directamente por los servicios recibidos y entregar al FONDO, los comprobantes de gastos efectuados para obtener el reembolso de las cantidades que resulten procedentes después de aplicar los porcentajes de ajustes correspondientes al Plan Ejecutivo para atenciones fuera de red contenidos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 47. Para aquellos servicios mencionados en el anexo 1 de este Reglamento, el FONDO realizará el reembolso al Titular de lo que hubiere erogado conforme a los porcentajes, montos y tarifas vigentes al momento del reembolso.

ARTÍCULO 48. Las consultas médicas serán otorgadas por cualquiera de los médicos y demás profesionales relacionados con la salud, incluidos en el Directorio de Prestadores o con cualquier médico de su elección sin que para ello se requiera pase o autorización alguna, salvo aquellos casos en los cuales los derechohabientes deseen acudir con especialistas en endocrinología o licenciados en nutrición con la finalidad de recibir tratamientos nutricionales y dietéticos para el control del peso para lo cual, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el pase respectivo, con dicho pase podrán acudir a una consulta con la finalidad de que sea valorado por el especialista, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá solicitar autorización a la Subdirección de Recursos Humanos, la cual determinará si procede la atención, esto, de conformidad con los requisitos previstos en el anexo 5 de este Reglamento; o bien lo previsto en los Capítulos XII, XIII y en los Artículos 52, 54 y 60, del presente Reglamento.

Para el caso de los derechohabientes que deseen acudir con psicólogos y psiquiatras, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el pase respectivo, con dicho pase podrán acudir hasta 3 consultas con la finalidad de que sea valorado por el especialista.

Para el caso de atenciones con psicólogos, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá solicitar autorización a la Subdirección de Recursos Humanos, la cual determinará si procede la atención, esto, de conformidad con los

requisitos previstos en el anexo 4 de este Reglamento.

Para el caso de los psiquiatras, en caso de requerir atención por un período mayor, el derechohabiente deberá presentar documento del médico tratante en el cual se indique periodo y frecuencia del tratamiento, plan de tratamiento farmacológico / no farmacológico y diagnóstico del tratamiento y padecimiento, con dicho documento la Subdirección de Recursos Humanos emitirá la autorización correspondiente.

El FONDO no cubrirá el costo de los servicios complementarios derivados de consultas médicas no procedentes.

ARTÍCULO 49. Para los (las) pensionados (as) o jubilados (as) registrados (as) en este Plan, el FONDO autorizará el reembolso por examen médico periódico conocido como “check up” en el lugar de su elección, hasta el monto estipulado en el anexo 1 de este Reglamento.

CAPÍTULO VII DE LAS CONSULTAS MÉDICAS Y SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

ARTÍCULO 50. El FONDO proporcionará los servicios de consulta médica y los servicios de salud complementarios que sean necesarios para el diagnóstico de enfermedades de los derechohabientes, a través de los Prestadores de Servicios de Salud, ajustándose a los procedimientos descritos en este Reglamento y en su caso, los instructivos que el FONDO emita.

El servicio de consulta considera:

- I. Para los derechohabientes registrados en el Plan Básico, que éste será sin costo alguno por consulta.
- II. Para los derechohabientes registrados en los Planes Arancel y Ejecutivo el servicio de consulta considera ajustes de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 51. Para la realización de estudios de laboratorio y/o gabinete, se requerirá que éstos sean prescritos por el médico tratante.

Para los derechohabientes registrados en el Plan Básico deberán realizarse únicamente en los laboratorios y gabinetes incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud. Cuando no exista dicho servicio en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, deberán pagar directamente el costo total de los servicios médicos recibidos.

Posteriormente, el FONDO realizará el reembolso a los Titulares, conforme a los porcentajes y tarifas que se contienen en el anexo 1 de este Reglamento, de los gastos en que hubieren incurrido él y sus derechohabientes.

Para los derechohabientes registrados en los planes Arancel y Ejecutivo, en el caso de que elijan un laboratorio y/o gabinete que no se encuentre dentro del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, deberán pagar directamente el costo total de los servicios médicos recibidos. Posteriormente, solicitarán al FONDO el reembolso respectivo, de acuerdo con los aranceles y ajustes estipulados en el anexo 1 según el plan que corresponda, debiendo anexar a su comprobación de gastos la prescripción médica y las facturas correspondientes. Asimismo, en el caso que elijan un laboratorio y/o gabinete incluido en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, estos servicios serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado a favor de los Prestadores de Salud.

ARTÍCULO 52. El FONDO según corresponda, autorizará a los derechohabientes, previo a su realización y contando con la prescripción del médico tratante correspondiente, los estudios de laboratorio y/o gabinete que se listan a continuación:

- I. Angiografía
- II. Audiológico
- III. Campimetría
- IV. Cariotipo
- V. Cateterismo
- VI. Coronariografía
- VII. Densitometría
- VIII. Ecocardiograma bidimensional
- IX. Electroencefalograma
- X. Electromiografía
- XI. Endoscopia
- XII. Fluorangiografía
- XIII. Hemodiálisis
- XIV. Hemoglobina fetal
- XV. Holter
- XVI. Inhaloterapia
- XVII. Mastografía (Mamografía)
- XVIII. Medicina nuclear
- XIX. Ortopantomografía (Panorámica)
- XX. Paquimetría
- XXI. Potenciales evocados
- XXII. Prueba de esfuerzo
- XXIII. Resonancia magnética
- XXIV. Tomografía computarizada
- XXV. Topografía corneal
- XXVI. Ultrasonido de ojo
- XXVII. Las que el FONDO determine

El FONDO podrá, mediante disposiciones de carácter general, modificar la lista anterior, dándola a conocer a los derechohabientes a través de los medios que considere convenientes.

CAPÍTULO VIII DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

ARTÍCULO 53. El servicio de hospitalización se establece para los casos en que la naturaleza del padecimiento o del tratamiento a que deban sujetarse los derechohabientes, exija su internamiento o tratamiento ambulatorio en centros hospitalarios o centros de cirugía ambulatoria.

ARTÍCULO 54. En los casos a que se refiere el artículo inmediato anterior el Titular de los derechohabientes del Plan Básico, solicitará previamente al FONDO, las autorizaciones correspondientes; para el caso del Plan Arancel y Plan Ejecutivo, el personal pensionado o jubilado solicitará dicha autorización debiendo exhibir el informe que el médico tratante emita y de acuerdo con los requisitos que el FONDO determine.

ARTÍCULO 55. Para los derechohabientes del Plan Básico, Arancel y Ejecutivo cuando hagan uso de centros hospitalarios del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, el FONDO pagará el costo de habitación estándar privada y el costo de la cama del acompañante en su caso. En el supuesto de que los derechohabientes utilicen una habitación con especificaciones distintas y de mayor costo, cubrirán a su cargo y sin

derecho a reembolso, la diferencia directamente al prestador del servicio hospitalario, al momento del alta.

Cuando los derechohabientes del plan Ejecutivo hagan uso de un centro hospitalario fuera de red el FONDO realizará el reembolso a los Titulares, conforme a los porcentajes y tarifas que se contienen en el anexo 1 de este Reglamento, de los gastos en que hubieren incurrido él y sus derechohabientes.

Asimismo, cuando el derechohabiente sea dado de alta del hospital, deberá validar que los medicamentos prescritos para su atención que no fueron utilizados le sean entregados, para lo cual deberá revisar el estado de cuenta que incluye el detalle de los medicamentos utilizados durante su estancia. Una vez que sean recibidos deberá firmar la factura.

El FONDO no cubrirá la prescripción de medicamentos para iniciar o continuar tratamiento fuera de hospital.

ARTÍCULO 56. Para los derechohabientes registrados en el Plan Básico, los servicios de hospitalización se proporcionarán a través de los centros hospitalarios incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, estos servicios serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado a favor de los Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 57. Los derechohabientes registrados en el Plan Arancel y Plan Ejecutivo podrán elegir el centro hospitalario de su preferencia.

En el caso de que elijan un centro hospitalario que no se encuentre dentro del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud deberán pagar directamente el costo total de los servicios médicos recibidos al momento de ser dados de alta del centro hospitalario.

Posteriormente, solicitarán al FONDO el reembolso respectivo, de acuerdo con los aranceles y ajustes estipulados en el anexo 1 según el plan que corresponda, debiendo anexar a su comprobación de gastos las facturas, los recibos de honorarios, el informe médico y los elementos de diagnóstico que apoyaron el tratamiento recibido y, en su caso, el de la intervención quirúrgica a la que haya sido sometido.

En el caso que elijan un centro hospitalario incluido en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, estos servicios serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado a favor de los Prestadores de Salud.

ARTÍCULO 58. Para la hospitalización de un derechohabiente, se requerirá el consentimiento expreso de éste. Si el derechohabiente no se encuentra en aptitud de hacerlo, el consentimiento deberá ser otorgado por su cónyuge o por su Concubina o Concubinario, y a falta de éste, por algún familiar o por quien legalmente lo represente.

Tratándose de menores de edad o discapacitados mentales, el médico tratante no podrá ordenar la hospitalización sin el consentimiento de los padres o de quien legalmente los represente.

Tratándose de una urgencia, y en el evento de que el médico tratante no pueda obtener el consentimiento antes señalado, la decisión quedará a criterio de este último sin perjuicio para el FONDO.

ARTÍCULO 59. El FONDO no tendrá obligación alguna a su cargo, en el evento de que el derechohabiente, por decisión propia y sin causa médica justificada a criterio del FONDO, se interne en un centro hospitalario.

ARTÍCULO 60. El médico tratante, con autorización del FONDO podrá indicar la hospitalización del derechohabiente, en cualquiera de los siguientes casos:

- I. Cuando la enfermedad requiera atención o asistencia que no pueda ser proporcionada adecuadamente en los servicios extra hospitalarios o en su domicilio, por no contar en éstos con los recursos humanos y técnicos necesarios.
- II. Cuando así lo requiera la naturaleza de la enfermedad, particularmente tratándose de padecimientos infecto-contagiosos.
- III. Cuando el derechohabiente no pueda cumplir con las prescripciones médicas, por encontrarse imposibilitado física o psíquicamente, además de no contar con familiares para que éstas se cumplan.
- IV. Cuando el estado del derechohabiente demande la observación constante, la práctica de estudios de diagnóstico o de tratamientos que sólo puedan llevarse a efecto en un centro hospitalario.

ARTÍCULO 61. El FONDO podrá autorizar la hospitalización de enfermos psiquiátricos agudos y crónicos agudizados en centros hospitalarios especializados, concluyendo la hospitalización una vez controlado el estado del derechohabiente. Asimismo, durante la convalecencia de un brote agudo que requirió internamiento en un centro hospitalario psiquiátrico, el FONDO podrá autorizar, de manera temporal, la estancia del derechohabiente en una Casa de Medio Camino, con la finalidad de reintegrarlo a su entorno familiar y social.

Los Derechohabientes del Plan Arancel y Ejecutivo podrán seleccionar Casas de Medio Camino no incluidas en el Directorio de Prestadores. En tal caso, se realizará el reembolso de los pagos efectuados por el derechohabiente deduciendo de éstos los Copagos que se establecen en el anexo 1 de este Reglamento, previa entrega del comprobante y de la prescripción e informes médicos correspondientes.

Las Casas de Medio Camino, se autorizarán de manera temporal, durante el periodo en el que el derechohabiente se controla de un brote psiquiátrico agudo, para reincorporarlo a su entorno familiar y social. El FONDO no autorizará estancias vitalicias en Casa de Medio Camino u hospital psiquiátrico.

El FONDO será quien determine, considerando los dictámenes médicos emitidos por los facultativos que éste designe, la duración del internamiento en las Casas de Medio Camino u hospital psiquiátrico.

ARTÍCULO 62. El tiempo de duración de la hospitalización del derechohabiente deberá limitarse al estrictamente necesario para resolver las condiciones clínicas que la motivaron o las complicaciones que se hubieren generado.

ARTÍCULO 63. En casos de urgencia médica no se requerirá de autorización para el internamiento del derechohabiente.

Para el personal inscrito en el Plan Básico, en el evento de que el internamiento se hubiere realizado en un centro hospitalario no incluido en el Directorio de Prestadores del Plan que corresponda, el derechohabiente, por sí o a través de terceros, deberá informarlo a la brevedad posible al FONDO a fin de que se realice, en su caso, su traslado a un centro hospitalario del Plan de Beneficios en el que se encuentre registrado, atendiendo a lo previsto en el artículo 81 de este Reglamento.

ARTÍCULO 64. Al fallecer un derechohabiente, los familiares de éste deberán solicitar

el certificado médico de defunción, preferentemente al médico tratante. Tal defunción deberá ser notificada de inmediato al FONDO a través de la Subdirección de Recursos Humanos.

CAPÍTULO IX DE LOS MEDICAMENTOS EN FARMACIAS

ARTÍCULO 65. El servicio de medicamentos en farmacias será proporcionado exclusivamente respecto de aquellos que contengan sustancias con un principio activo en las que se haya demostrado una acción farmacológica definida y con fines terapéuticos, en apego a los criterios de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los lineamientos que dé a conocer el FONDO.

El FONDO, mediante disposiciones de carácter general, dará a conocer la lista de productos excluidos del Plan de Salud y de aquellos fármacos que requieran autorización expresa. Este podrá modificar dicha lista cuando así lo determine, dando a conocer dichos cambios a través de los medios que considere convenientes. Estos productos no podrán ser surtidos aún y cuando se encuentren amparados por una receta médica, por lo que el FONDO realizará descuento del 100% al Titular y no tendrá derecho a reembolso. Lo anterior, sin exceder los límites permitidos por Ley.

ARTÍCULO 66. Los medicamentos que se surtan o adquieran en farmacias deberán ser indicados por el médico tratante y corresponder al diagnóstico indicado en la receta.

Los derechohabientes podrán surtir sus medicamentos en cualquier farmacia y, en este caso, el reembolso se efectuará contra la exhibición la factura con la descripción de los medicamentos adquiridos y de la prescripción médica que contenga el nombre del paciente y el diagnóstico. Para los derechohabientes registrados en los Planes Arancel y Ejecutivo, este servicio considera ajustes, de acuerdo con lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 67. Dentro de los servicios de planificación familiar, se encuentran autorizados, excepto para los hijos y los padres de los Titulares, el suministro de preservativos, anticonceptivos orales, transdérmicos y parenterales, dispositivo intrauterino (DIU) e implantes subdérmicos.

Los productos previstos en este artículo están exentos de ajustes, sin perjuicio del Plan de Beneficios en el que se encuentre registrado el derechohabiente. Para su surtido se requerirá de la prescripción médica correspondiente.

CAPÍTULO X DEL SERVICIO DE MATERNIDAD

ARTÍCULO 68. Tendrán derecho a la asistencia obstétrica durante el embarazo, el parto, incluso la operación cesárea, cuando esté médicamente indicada y el puerperio por un plazo de cuarenta días, así como el cuidado médico rutinario las siguientes personas:

- I. La pensionada por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez, o incapacidad permanente total;
- II. La cónyuge del pensionado por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez, o incapacidad permanente total y la Concubina a que se refieren las fracciones II y III del artículo 13 de este Reglamento.

Asimismo, las derechohabientes a que se refieren las fracciones I y II anteriores tendrán derecho a la salpingoclasia posterior al parto, el legrado uterino en caso necesario, así como la atención del recién nacido, que incluye los cuidados neonatales, el tamiz neonatal únicamente por T3, T4, pruebas cruzadas y la circuncisión.

ARTÍCULO 69. La pensionada y la esposa o la Concubina del pensionado a que se refiere la fracción II del artículo 68 del presente Reglamento, también tendrá derecho a:

- I. Recibir, con motivo del nacimiento del hijo, una canastilla cuyo valor será el equivalente al diez por ciento del salario mínimo bancario mensual que rija en la Ciudad de México, siempre y cuando dicho valor no resulte inferior al que tenga la que otorgue el Instituto Mexicano del Seguro Social, en cuyo caso el porcentaje mencionado se incrementará en la cantidad necesaria para igualarlos.
- II. Ayuda en efectivo para lactancia, durante seis meses, contados a partir del parto, la que a falta de la madre deberá entregarse a la persona que provea la alimentación del niño. El importe mensual de la ayuda será por una suma equivalente al veinticinco por ciento del salario mínimo bancario mensual que rija en la Ciudad de México.

De la misma forma tendrá derecho a recibir la cantidad equivalente a un mes íntegro de pensión, según se trate, como ayuda extraordinaria para gastos de alumbramiento.

ARTÍCULO 70. En el caso de adopción tendrán derecho a recibir las prestaciones a que se refiere el artículo 69.

ARTÍCULO 71. No tendrán derecho a los servicios a que se refiere el presente capítulo, la madre y las hijas derechohabientes de los Titulares.

ARTÍCULO 72. La asistencia obstétrica necesaria comenzará a partir del día en que el médico tratante constata el estado de embarazo.

Se cubrirán hasta cuatro ultrasonidos para el embarazo normal y los adicionales que el médico tratante considere necesarios en el caso de embarazo de alto riesgo. Esta última condición requerirá de informe del médico tratante y autorización previa del FONDO.

ARTÍCULO 73. La asistencia del parto para las derechohabientes se llevará a cabo conforme a lo siguiente:

- a) Para derechohabientes que se encuentren registradas en el Plan Básico se realizará en los centros hospitalarios que se incluyen en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, salvo en los siguientes casos:
 - I. Cuando a juicio y previa autorización del FONDO se deba llevar a cabo en otras instituciones de salud en beneficio de la madre y del producto.
 - II. Cuando la derechohabiente elija un centro hospitalario que no esté incluido en el Directorio de Prestadores, en cuyo caso se aplicará lo dispuesto en el artículo 74 de este Reglamento.
 - III. Cuando se trate de una atención de urgencia médica obstétrica, debidamente comprobada a entera satisfacción del FONDO.
 - IV. Cuando en la población en la que resida la derechohabiente, el FONDO no cuente con Prestadores de Servicios de Salud, en cuyo caso el reembolso procederá conforme a la tarifa máxima que se tenga autorizada con base en los

aranceles establecidos.

- b) Para aquellas que se encuentren registradas en el Plan Arancel se llevará a cabo en las instituciones médicas de su elección sujetas al arancel establecido.
- c) Para aquellas que se encuentren registradas en el Plan Ejecutivo, se llevará a cabo en las instituciones médicas de su elección sujetas a los ajustes del anexo 1.

Para los casos previstos en los incisos b) y c), si las derechohabientes utilizan los servicios de los prestadores que se incluyen en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud del Plan Básico, el FONDO cubrirá los gastos por cuenta y orden del personal pensionado o jubilado.

ARTÍCULO 74. Si la derechohabiente del Plan Básico elige un centro hospitalario distinto a los listados en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá únicamente derecho, sin perjuicio de los beneficios señalados en este capítulo, a partir y durante la hospitalización para la atención del parto, al reembolso que corresponda por dicha atención, conforme a los montos máximos previstos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 75. Cuando la derechohabiente registrada en el Plan Básico elija un gineco-obstetra distinto a los listados en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, sin perjuicio de los beneficios señalados en este capítulo, no procederá pago alguno de los gastos que se hubieren erogado por concepto de consulta médica durante el embarazo. Sin embargo, tendrá derecho exclusivamente, al reembolso de los honorarios del equipo médico quirúrgico, conforme a los montos máximos previstos en el anexo 1 de este Reglamento, por la atención del parto y del recién nacido.

ARTÍCULO 76. En caso de que una derechohabiente de las que se indican en el artículo 68 de este Reglamento, dé a luz a más de un hijo en el mismo parto, para cada uno de los recién nacidos se proporcionará la canastilla y la ayuda para lactancia, a que se refiere el artículo 69 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 77. Para que el FONDO realice el pago de la canastilla a que se refiere el artículo 69 de este Reglamento, se requerirá la entrega al FONDO, dentro de los sesenta días naturales posteriores al parto de la copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de nacimiento del recién nacido. Transcurrido este plazo, prescribirá la obligación del FONDO para realizar dicho pago.

ARTÍCULO 78. El derecho para gozar la ayuda para lactancia prevista en el artículo 69 de este Reglamento, comenzará a partir del momento en que se entregue al FONDO el Acta señalada en el artículo 69 anterior. Dicha entrega deberá efectuarse dentro de los seis meses posteriores a la fecha del parto. Si la entrega es realizada dentro del periodo previamente indicado, corresponderá el pago retroactivo de los meses no cobrados. Al término de los seis meses, prescribirá la obligación del FONDO de realizar dicho pago.

CAPÍTULO XI

DE LA ATENCIÓN DE URGENCIA MÉDICA Y DEL SERVICIO DE AMBULANCIA

ARTÍCULO 79. Se entenderá por urgencia médica toda aquella condición o lesión que ocurre en forma súbita e inesperada y que pone en peligro la vida de un individuo, la función de un órgano o la que puede resultar en una lesión o incapacidad seria y que requiere atención médica inmediata. También se consideran urgencias los problemas

médicos tales como: heridas, fracturas, intoxicaciones y envenenamientos que de no tratarse con prontitud pueden generar complicaciones, por lo que el derechohabiente pueda ser remitido a observación u hospitalización.

ARTÍCULO 80. En el caso de urgencias médicas, los derechohabientes deberán acudir de inmediato con algún Prestador de Servicios de Salud, y si se trata de derechohabientes del Plan Básico deberán acudir preferentemente con los incluidos en el Directorio de Prestadores de dicho Plan.

ARTÍCULO 81. Cuando los derechohabientes del Plan Básico sean atendidos por una urgencia médica con Prestadores de Servicios no incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, el derechohabiente por sí o a través de terceros, deberá informarlo de inmediato al FONDO, a fin de que, previo cumplimiento de los requisitos médicos y legales que correspondan, realice su traslado a un centro hospitalario incluido en dicho Directorio previo cumplimiento de los requisitos médico y legales que correspondan.

Los gastos erogados por el derechohabiente con motivo de los servicios de salud previstos en el párrafo inmediato anterior, podrán ser sujetos de reembolso en su totalidad por el FONDO, siempre que dicha urgencia sea calificada como tal por el propio FONDO. En caso contrario, el reembolso correspondiente se realizará considerando hasta la tarifa máxima que el FONDO tenga autorizada para tal efecto de conformidad con el Plan de Beneficios en el que el derechohabiente se encuentre registrado.

ARTÍCULO 82. Cuando los derechohabientes se encuentren circunstancialmente en el extranjero, tendrán derecho a que se les efectúe el reembolso de los gastos médicos de urgencia en que incurran, siempre que ésta sea calificada como tal por el FONDO. Para ello, los Derechohabientes deberán proporcionar la información y documentación necesaria.

ARTÍCULO 83. En caso de ser necesario, el FONDO podrá autorizar traslados por ambulancia terrestre o aérea, y/ o de terapia intensiva de acuerdo con la indicación médica. Este servicio se podrá brindar en casos de urgencia, cuando el derechohabiente esté imposibilitado para trasladarse al hospital o cuando el médico tratante ordene y fundamente que el traslado se efectúe de esa forma.

En el caso de ambulancias solicitadas directamente por los derechohabientes del Plan Ejecutivo, estos gastos se reembolsarán conforme al promedio de dos cotizaciones que presente, siempre que a juicio del FONDO se encuentren debidamente justificados.

CAPÍTULO XII DE LA REHABILITACIÓN

ARTÍCULO 84. El FONDO podrá proporcionar servicios especiales de curación, reeducación y readaptación con el objeto de procurar la recuperación de la capacidad para el trabajo y en general, para la preservación de las funciones físicas, psíquicas y sociales de sus Titulares.

Los derechohabientes no Titulares también tendrán derecho a servicios de rehabilitación, de conformidad con lo que establece este Capítulo.

En todos los casos, dicha rehabilitación para ser autorizada, estará limitada a estricta necesidad e indicación médica.

ARTÍCULO 85. Para hacer uso de los servicios a que se refiere este Capítulo, a excepción de los anteojos y lentes de contacto, el profesional a cargo de la atención,

entregará la orden médica respectiva al derechohabiente y éste solicitará la autorización correspondiente al FONDO, previo al uso de los servicios.

ARTÍCULO 86. Los derechohabientes tendrán derecho a recibir servicios de rehabilitación física. En el caso de servicios de terapia de neurodesarrollo y terapia de lenguaje, sólo los hijos derechohabientes menores de diez años tendrán derecho a recibir estos servicios de acuerdo a lo que establece el anexo 4 de este Reglamento.

La rehabilitación física que el FONDO cubre va enfocada a la rehabilitación temprana o inmediata por lo que se otorgarán de manera temporal conforme a la periodicidad y número de atenciones que el FONDO determine, considerando los informes médicos correspondientes. No se autorizarán sesiones de rehabilitación para programas de mantenimiento.

Para los derechohabientes registrados en los Planes Arancel y Ejecutivo, este servicio considera un ajuste, de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

Los servicios anteriores se otorgarán conforme a la periodicidad y número de atenciones que el FONDO determine, considerando los informes médicos correspondientes.

ARTÍCULO 87. Los derechohabientes tendrán derecho a recibir terapia psicológica en términos del anexo 4 del presente Reglamento. Asimismo, podrá otorgarse rehabilitación al enfermo ambulatorio en el caso de alcoholismo, fármaco dependencia y drogadicción con el médico psiquiatra.

Para los derechohabientes registrados en los Planes Arancel y Ejecutivo, este servicio considera para el primero un reembolso según el arancel determinado y para el segundo un ajuste, de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 88. Los hijos derechohabientes tendrán derecho a recibir los servicios de Escuela de Educación Especial dentro del territorio nacional, limitada a estricta necesidad y beneficio clínico demostrable, en términos de anexo 4 del presente Reglamento. Se podrá otorgar ayuda económica, a través de reembolso para la asistencia a Escuelas de Educación Especial, de conformidad con los montos máximos establecidos en el anexo 1 de este Reglamento. El límite de cobertura será hasta la conclusión de la educación básica o hasta los 18 años de edad, lo que ocurra primero.

Este límite se deberá ajustar a lo que establezcan las disposiciones de la Dirección General de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública o la entidad que en su momento la sustituya.

ARTÍCULO 89. Los derechohabientes tendrán derecho a las prótesis internas que requieran, excepto las que se señalan en el Capítulo XVI de este Reglamento.

Tratándose de la Titular, cónyuge, concubina e hijas, la prótesis de glándula mamaria, sólo se autorizará en caso de reconstrucción posterior a una mastectomía.

ARTÍCULO 90. Los Titulares y sus hijos derechohabientes tendrán derecho a las prótesis externas que requieran, excepto las señaladas en el Capítulo XVI de este Reglamento. Tratándose de los cónyuges, la concubina y el concubinario tendrán derecho a las prótesis externas que requieran, sólo en caso de pérdida traumática.

ARTÍCULO 91. Los derechohabientes tendrán derecho a los aparatos de ortopedia que requieran, excepto los señalados en el Capítulo XVI de este Reglamento.

Sólo se autoriza adquisición de plantillas, virones y cuñas cada seis meses y sólo aplicará un solo par.

En el supuesto de que se requiera musleras, rodilleras, tobilleras y fajas, estas sólo se autorizan cuando sean mecánicas o bien con refuerzos de varilla.

ARTÍCULO 92. Los Titulares y sus hijos derechohabientes menores de dieciséis años, tendrán derecho cada dos años al reembolso por la adquisición de anteojos y/o lentes de contacto que requieran. Para el reembolso respectivo, se deberá presentar el recibo y/o facturas correspondientes, así como la receta del oftalmólogo u optometrista en la que se indique la graduación.

Cuando varíe la graduación antes del período mencionado, para solicitar el reembolso por concepto de micas o cristales se deberá presentar recibo y/o factura correspondiente, así como la receta del oftalmólogo u optometrista donde se indique la graduación y diagnóstico.

El reembolso señalado será autorizado conforme a las tarifas máximas señaladas en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 93. Los Titulares y sus hijos derechohabientes menores de dieciséis años, en el caso de la pérdida auditiva, tendrán derecho cada cinco años o antes por prescripción médica, al reembolso por la adquisición de auxiliares auditivos que requieran. Los Titulares sólo tendrán derecho al reembolso de un equipo, aun cuando exista pérdida auditiva bilateral, en tanto que los hijos menores de dieciséis años tendrán derecho al reembolso de dos aparatos auditivos en caso de pérdida auditiva bilateral.

Asimismo, ambos tendrán derecho al reembolso por los gastos que se generen por el mantenimiento o reparación del equipo durante toda la vida útil del mismo siempre que continúe como derechohabiente.

Si el derechohabiente optó por el mantenimiento del equipo, la vigencia para el cambio del aparato será de tres años, contados a partir de la fecha en que efectúe dicho mantenimiento.

Para el trámite del reembolso respectivo, en adición al recibo y/o factura, se deberá presentar la prescripción del médico especialista en audiología u otorrinolaringología y el correspondiente estudio de audiometría.

En el caso de que el equipo sufriera alguna descompostura, se autorizará el reembolso por el reemplazo de los auxiliares auditivos, cuando el derechohabiente presente un dictamen escrito del distribuidor en el cual se describa que el equipo ya no tiene reparación.

Los reembolsos señalados serán realizados por el FONDO, conforme a los montos máximos contemplados en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 94. Los derechohabientes tendrán derecho a recibir los siguientes equipos de apoyo: bastones, muletas, sillas de ruedas, andaderas, camas clínicas y colchones, grúas para la movilización de enfermos, bombas para la infusión de soluciones intravenosas e implementos de inhaloterapia.

Dicho equipo será proporcionado de acuerdo a lo siguiente:

- I. Para los derechohabientes del Plan Básico, los bastones, muletas, andaderas y colchones, deberán ser surtidos únicamente en las casas de ortopedia que integran el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud de dicho Plan. Para los derechohabientes de los Planes Arancel y Ejecutivo que adquieran esos productos, el FONDO realizará el reembolso del costo, previa entrega de la

factura y prescripción médica correspondientes. Dicho reembolso se efectuará hasta la tarifa máxima establecida por el FONDO en el anexo 1 de este Reglamento.

En todo caso, los derechohabientes, previo a la adquisición del equipo antes señalado, deberán verificar si el FONDO cuenta con el mismo para otorgarlo en préstamo.

- II. Las sillas de ruedas, camas clínicas, grúas para la movilización de enfermos, bombas para la infusión de soluciones intravenosas e implementos de inhaloterapia, serán proporcionados para todos los Planes de Beneficios, previo informe del médico tratante, directamente por el FONDO. El derechohabiente deberá devolver al FONDO dicho equipo dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha en que el derechohabiente deje de requerirlo.
- III. El FONDO sólo cubrirá el costo de los equipos de apoyo mencionados en este artículo con los aditamentos indispensables para su uso.

ARTÍCULO 95. En aquellos casos que el FONDO determine procedente, otorgará los servicios de enfermería y cuidados especiales a los Derechohabientes que lo requieran de conformidad con el Plan de Beneficios en que los derechohabientes se encuentren registrados y durante el tiempo que éste autorice.

Los servicios de enfermería y cuidadores especiales no se autorizarán como acompañantes y/o para cuidados de la vida diaria.

Los Derechohabientes autorizados por el FONDO para tal efecto, cuando hagan uso de Prestadores fuera de Red, se sujetarán al Reembolso conforme a los aranceles establecidos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 96. Los derechohabientes tendrán derecho a recibir el servicio de Casa de Asistencia Médica en los siguientes casos:

- I. Derechohabientes en estado terminal, a los que se les hubiera ofrecido el máximo beneficio en un centro hospitalario.
- II. Derechohabientes con escaras de decúbito o heridas que requieren curación diaria por largos periodos, en los que resulte, a través de esta opción, más conveniente y efectivo su manejo.
- III. Derechohabientes cuyo periodo de convalecencia sea prolongado y no requieran de la infraestructura hospitalaria.

Para todos los Planes de Beneficio los derechohabientes, podrán seleccionar en territorio nacional, Casas de Asistencia Médica. En tal caso, se realizará el reembolso del importe erogado por el derechohabiente, aplicando de éste el arancel o el ajuste, según corresponda, previa entrega del recibo y/o factura y de la prescripción médica correspondientes.

No se consideran como casas de asistencia médica para convalecer de una enfermedad a los asilos o similares, o los centros de rehabilitación para adicciones.

CAPÍTULO XIII DE LOS SERVICIOS DENTALES

ARTÍCULO 97. El FONDO, proporcionará a los Titulares, servicios dentales que comprenderán prótesis, tratamiento médico y quirúrgico de padecimientos de las encías, labios, paladar, maxilares y dientes.

Dichos servicios, para ser autorizados, estarán limitados a estricta necesidad e indicación médico-odontológica

ARTÍCULO 98. Los servicios a que se refiere el artículo inmediato anterior, comprenderán:

- I. Curación y debridación de abscesos.
- II. Extracción de órganos dentarios.
- III. Obturación con amalgama.
- IV. Obturación con resina fotocurable (sólo en caras vestibulares, tercio cervical de órganos dentales posteriores y para cualquier cara de órganos dentales anteriores).
- V. Incrustación con metal no precioso.
- VI. Pin de metal no precioso.
- VII. Endoposte de metal no precioso.
- VIII. Profilaxis y aplicación de flúor como desensibilizante.
Para el caso de derechohabientes mayores de dieciséis años, el flúor solo podrá ser aplicado como desensibilizante.
- IX. Prótesis removible parcial o total de acrílico
- X. Prótesis removible parcial de metal no precioso.
- XI. Prótesis fija de porcelana con aleación de metales no preciosos, en los casos de coronas sobre implantes se cubrirán hasta el arancel establecido.
- XII. Corona de porcelana con aleación de metales no preciosos, excepto carillas de cualquier material (cerámica, resina, porcelana u otros).
- XIII. Guarda oclusal.
- XIV. Endodoncia, excepto implantes endodónticos.
- XV. Parodoncia, membranas de regeneración tisular, injertos gingivales y óseos.
- XVI. Cirugía maxilofacial, excepto la estética.
- XVII. Estudios radiológicos, excepto los utilizados con fines de procedimientos estéticos o de ortodoncia.
- XVIII. Los que el FONDO determine.

El FONDO podrá, mediante disposiciones de carácter general, modificar la lista anterior, dándola a conocer a los derechohabientes a través de los medios que el propio FONDO considere convenientes.

Los derechohabientes autorizados por el FONDO, que deseen o requieran servicios que involucren metales preciosos, deberán cubrir directamente el costo del tratamiento al odontólogo tratante, y éste será sujeto de reembolso al arancel por parte del FONDO, previa entrega del Comprobante correspondiente de acuerdo a lo previsto en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 99. Los derechohabientes de los Titulares también tendrán derecho a los servicios indicados en el artículo inmediato anterior, excepto los que se enuncian a continuación:

- I. Prótesis parciales o totales, fijas o removibles, coronas y recementado de coronas, salvo en los casos de lesión en dientes naturales como consecuencia de un accidente, siempre y cuando el tratamiento dé inicio dentro de los seis meses posteriores a dicha lesión. No serán cubiertos los tratamientos de ajuste

- oclusal, rebase total y aditamentos de semiprecisión.
- II. Coronas y recementado de coronas.
- III. Injerto óseo, carillas de porcelana, retenedores de espacio, implantes dentales y obturaciones y prótesis fabricadas con metales preciosos, exceptuando en este último caso, lo dispuesto en el artículo 98, último párrafo.
- IV. Injerto gingival.
- V. Barrera para regeneración parodontal.

En el caso de los hijos derechohabientes, se les podrá autorizar coronas de acero cromo para dentición temporal.

ARTÍCULO 100. Para hacer uso de los servicios a que se refiere el presente Capítulo, los derechohabientes registrados en el Plan Básico, deberán acudir a los odontólogos que forman parte del Directorio de Prestadores de este Plan, cuando la atención se reciba fuera de su lugar de adscripción deberá solicitar autorización previa a la Subdirección de Recursos Humanos para estar en condiciones de recibir el servicio.

Los derechohabientes registrados en los Planes Arancel o Ejecutivo, podrán acudir con odontólogos y/o especialistas incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud y los servicios serán cubiertos directamente por el FONDO, y se descontará al Titular de la pensión las cantidades que resulten de los ajustes que correspondan de acuerdo con el anexo 1 de este Reglamento.

Así mismo, los derechohabientes registrados en los Planes Arancel o Ejecutivo podrán acudir con odontólogos y/o especialistas fuera del citado Directorio, debiendo pagar directamente por los servicios recibidos.

Posteriormente, el Titular solicitará al FONDO el reembolso respectivo, sujeto al arancel o ajuste establecido para el plan que corresponda de conformidad con el anexo 1, debiendo anexar para ambos casos, los recibos y/o facturas, un informe, estudios radiográficos y/o odontograma que describa a detalle el tratamiento realizado.

ARTÍCULO 101. En casos de urgencia médico-odontológica, el FONDO, realizará el reembolso de las cantidades que correspondan exclusivamente por el tratamiento necesario para resolver la urgencia. Los tratamientos completos o subsecuentes a la atención de dicha urgencia, no serán sujetos de reembolso, por lo que deberán atenderse de conformidad con el Plan de Beneficios en que los derechohabientes se encuentren registrados. Para los derechohabientes del Plan Arancel y Ejecutivo, se estará a lo dispuesto en el artículo 100.

ARTÍCULO 102. Los tratamientos de ortodoncia sólo podrán ser autorizados para restituir la función dentaria, alterada como consecuencia de un accidente y en caso de hijos derechohabientes con paladar hendido y otras condiciones congénitas que afecten la funcionalidad.

ARTÍCULO 103. El FONDO estará facultado para examinar directamente a los derechohabientes a través del médico evaluador, a fin de autorizar la procedencia de los tratamientos odontológicos que se soliciten y en su caso, la calidad de los que hayan practicado.

ARTÍCULO 104. El FONDO fijará la vigencia de las garantías de los servicios a que se refiere el presente Capítulo, mismas que se darán a conocer a través de los medios que considere convenientes y vigilará que los Prestadores de Servicios de Salud que tienen contratados cumplan con dichas garantías. Para los casos en los que no exista el servicio en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, así como los Planes Arancel y Ejecutivo, serán los derechohabientes quienes deberán en su caso, realizar

las reclamaciones correspondientes.

ARTÍCULO 105. El FONDO cubrirá hasta dos profilaxis dentales por año calendario. En ningún caso existirán ajustes por dichas profilaxis. De conformidad con los aranceles establecidos en el anexo 1.

Los hijos derechohabientes menores de dieciséis años tendrán derecho a dos aplicaciones de flúor por año calendario.

CAPÍTULO XIV DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

ARTÍCULO 106. El FONDO dictará las políticas generales que deban regir las medidas y acciones a que se refiere el presente Capítulo.

El FONDO establecerá acciones dirigidas a promover el cuidado y la conservación de la salud de los derechohabientes, estructuradas en programas de medicina preventiva, estrategias y acciones conducentes a reducir la frecuencia y la gravedad de los accidentes y de las enfermedades profesionales y no profesionales, así como las transmisibles o infecto-contagiosas de los (las) pensionados (as) o jubilados (as).

Asimismo, el FONDO podrá proponer e implementar programas de detección masiva y de evaluación de riesgos a la salud, para lo cual se elaborarán los programas respectivos para grupos de edad y sexo y enfermedades de alta incidencia y causas de muerte en el territorio nacional.

ARTÍCULO 107. El FONDO podrá incluir en sus programas de medicina preventiva y control de enfermedades, lo siguiente:

- I. Exámenes y estudios clínicos para la detección oportuna de enfermedades de acuerdo a edad, género, factores de riesgo y antecedentes heredo-familiares de los derechohabientes.
- II. Inmunizaciones de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación y aquellas que el FONDO determine.
- III. Medios de educación e información para la salud.
- IV. Vigilancia y control de enfermos crónicos.
- V. Exámenes especiales dirigidos a pensionados o jubilados, según su actividad laboral.
- VI. Exámenes bacteriológicos en el lugar de trabajo.
- VII. Acciones dirigidas a enfermedades específicas.
- VIII. Acciones de autocuidado de la salud.
- IX. Medidas de vigilancia epidemiológica.
- X. Apoyo nutricional de tipo preventivo.
- XI. Medidas profilácticas, incluidas aquellas relacionadas con la seguridad e higiene en el trabajo.
- XII. Participación en forma coordinada con las autoridades de salud del país en las campañas nacionales contra enfermedades, tales como la tuberculosis, las de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el alcoholismo, la drogadicción, la farmacodependencia, las de alto impacto epidemiológico y otras que dichas autoridades determinen.
- XIII. Exámenes bacteriológicos y de calidad a los alimentos que se proporcionan dentro de las instalaciones.
- XIV. Las que el FONDO determine.

El FONDO podrá, mediante disposiciones de carácter general, modificar la lista anterior,

dándola a conocer a los (las) pensionados (as) o jubilados (as) a través de los medios que considere convenientes.

Los programas de medicina preventiva que lleve a cabo el FONDO estarán excluidos de ajustes, con independencia del Plan de Beneficios de que se trate. Sin embargo, para el caso en que los Titulares o sus derechohabientes soliciten la aplicación de medicamentos, inmunizaciones o procedimientos establecidos en este artículo, dentro del programa de medicina preventiva, y que por su descuido o negligencia no acudan a la cita que se programe para tal aplicación, el costo total de la medicina preventiva de que se trate será a su cargo, en términos de los artículos 7 y 10 de este Reglamento.

ARTÍCULO 108. Es obligación del Titular informar al FONDO, cuando por motivos de haberse negado a recibir atención médica preventiva o la hubiere abandonado antes de tiempo, contraiga un padecimiento, enfermedad contagiosa o sufra la agudización de alguno ya existente. Los titulares deberán poner en conocimiento al FONDO, las enfermedades contagiosas que padezcan tan pronto como tengan conocimiento de ellas.

ARTÍCULO 109. Los (as) pensionados (as) o jubilados (as) deberán observar y poner en práctica las medidas profilácticas, como las preventivas de seguridad e higiene que el FONDO o las autoridades competentes determinen, en beneficio de los titulares.

CAPÍTULO XV OTROS BENEFICIOS

ARTÍCULO 110. Los derechohabientes podrán solicitar autorización al FONDO, para hacer uso de la atención médica que ofrecen los Institutos Nacionales dependientes de la Secretaría de Salud, así como de los hospitales universitarios, cuando se trate de casos en que, por la naturaleza de sus padecimientos o la conveniencia de su manejo, deban ser atendidos en dichos centros hospitalarios. De otorgarse la autorización, los derechohabientes deberán gestionar directamente la utilización de dichos servicios, correspondiendo al FONDO efectuar el reembolso de las erogaciones que se generen, conforme a las tarifas establecidas según el Plan de Beneficios en el que se encuentren inscritos.

ARTÍCULO 111. Cuando para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del derechohabiente del Plan Básico se requieran de elementos profesionales, equipo o instalaciones cuyos prestadores no estén incluidos en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, el derechohabiente deberá solicitar al FONDO autorización por escrito para ser atendido por algún Prestador de Servicios de Salud que no pertenezca al Directorio.

El FONDO tomará como referencia las investigaciones que realicen, para que determinen si existen o no elementos profesionales, equipo o instalaciones para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del derechohabiente en el Directorio del Plan Básico y podrá autorizar, en su caso, que el derechohabiente acuda con algún otro Prestador de Servicios de Salud.

Tratándose de estas atenciones médicas, el FONDO cubrirá mediante reembolso los gastos médicos erogados por el derechohabiente de acuerdo a su Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 112. El FONDO podrá autorizar a los derechohabientes:

- I. Tratamiento consistente en máximo cuatro ciclos de inducción de la ovulación durante la vida de la derechohabiente para tratar la infertilidad. Se podrá autorizar la repetición del

- tratamiento cuando alguno de los ciclos de inducción de la ovulación previamente autorizados resulta en un producto mayor a las veinte semanas de gestación.
- II. Tratamientos de quimioterapia y radioterapia.
 - III. Trasplante de órganos, siempre que exista evidencia clínica y científica de beneficio para el derechohabiente, a juicio del FONDO.
 - IV. Tratamientos nutricionales y dietéticos, sólo cuando éstos sean manejados directamente por médicos con especialidad en endocrinología o licenciados en nutrición. En ambos casos se deberá acreditar la especialidad y la licenciatura con la documentación correspondiente, además de lo establecido en el anexo 5 del presente Reglamento.
 - V. Tratamientos para la atención de enfermedades alérgicas indicadas por médico especialista, a criterio del FONDO.
 - VI. Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis. En este último caso el reembolso correspondiente se efectuará al arancel establecido.
 - VII. Clínica del dolor.
 - VIII. Cámara hiperbárica en los casos siguientes:
 - i. Estados hipóxicos tisulares.
 - ii. Bactericida directo sobre gérmenes anaerobios.
 - iii. Embolismo aéreo arterial de cualquier etiología.
 - iv. Intoxicación por monóxido de carbono (CO), humo y/o cianuro.
 - v. Terapias de infusión intravenosa.
 - vi. Transfusión de productos hematológicos.
 - vii. Alimentación enteral y parenteral.
 - viii. Adquisición de prendas o fajas especiales para la atención de quemaduras.
 - ix. Las que el FONDO determine.

El FONDO podrá, mediante disposiciones de carácter general, modificar la lista anterior, dándola a conocer a los derechohabientes a través de los medios que considere convenientes.

ARTÍCULO 113. Los (as) pensionados (as) o jubilados (as) así como sus cónyuges, concubinas o concubinarios derechohabientes tendrán derecho al reembolso que se especifica en el anexo 1 de este Reglamento, respecto del costo total por los servicios de cesación del hábito tabáquico.

Dicho reembolso podrá ser efectuado una vez cada tres años. Únicamente serán sujetos de reembolso los gastos por este concepto cuando los servicios los provea un centro autorizado por la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 114. Tendrán derecho a recibir como máximo, seis consultas programadas a domicilio por año calendario, a través del médico especialista que el FONDO determine, los derechohabientes que:

- I. Tengan al menos 80 años de edad, con limitación física o mental que los imposibilite para desplazarse a recibir atención médica en las instalaciones de los Prestadores de Servicios Médicos, o
- II. A juicio del FONDO presenten una condición de salud en la que se determine la necesidad de una visita a domicilio.

El derechohabiente y las personas que residan con él, deberán brindar a las personas designadas por el FONDO todas las facilidades para el buen desempeño de su cometido. El FONDO, sin responsabilidad a su cargo, podrá suspender la consulta domiciliaria a que se refiere el presente artículo, en caso de no recibir las facilidades requeridas.

CAPÍTULO XVI

EXCLUSIONES GENERALES

ARTÍCULO 115. El FONDO no autorizará:

- I. Procedimientos y tratamientos médico-quirúrgicos no considerados en los instrumentos normativos de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social ni en el Cuadro Institucional de Procedimientos Médico-Quirúrgicos, los basados en fundamentos no aceptados por la ciencia médica o de dudosa eficacia en el correcto tratamiento de los enfermos.
- II. Productos que no provean una acción farmacológica definida y con fines terapéuticos con apego a criterios de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del propio FONDO.
- III. Procedimientos, tratamientos, fármacos, suministros o prótesis considerados médicamente innecesarios.
- IV. Procedimientos, tratamientos, fármacos, suministros o prótesis considerados experimentales o en fase de investigación, salvo los que el FONDO autorice caso por caso.
- V. Medicamentos para la disfunción sexual, caída del cabello y micosis ungueal.
- VI. Productos para prevenir los efectos derivados de la intoxicación etílica.
- VII. Cosméticos dermatológicos.
- VIII. Medicamentos y tratamientos médicos y quirúrgicos para reducción de peso, salvo tratándose de obesidad mórbida.
- IX. Camas, grúas y sillas de ruedas eléctricas, triciclos, rampas y adaptaciones a automóviles para facilitar la movilidad.
- X. Incapacidades y honorarios médicos por servicios proporcionados al derechohabiente por su cónyuge, concubina o concubinario y parientes por adopción, consanguinidad o afinidad, hasta el segundo grado.
- XI. Tratamientos naturistas, quiroprácticos, de hipnosis o de acupuntura, así como otro tipo de prácticas alternas que no cuenten con reconocimiento de las autoridades de salud del país o similares que el FONDO estime excluidas.
- XII. Equipos de diagnóstico.
- XIII. Más de un tanque de oxígeno portátil.
- XIV. Inspirómetro incentivo, excepto durante la hospitalización.
- XV. Prótesis con fines estéticos.
- XVI. Prótesis externas biomecánicas y/o eléctricas.
- XVII. Prótesis interna o externa de glándula mamaria a ascendientes.
- XVIII. Ultrasonido tridimensional, excepto en casos de sospecha de malformación congénita, así como tomografías y resonancias magnéticas tridimensionales, salvo que esté debidamente justificado y el FONDO así lo autorice.
- XIX. Estudios que tengan como finalidad evaluar la necesidad de cirugía refractiva, tales como la paquimetría y la topografía corneal.
- XX. Cirugía refractiva para corrección de astigmatismo, presbicie, miopía e hipermetropía, ni terapia fotodinámica
- XXI. Lentes de contacto estéticos, desechables (excepto los tóricos), los implementos y productos para su conservación y limpieza, así como tratamientos para los cristales y/o micas.
- XXII. Cirugía estética, salvo las reconstructivas que se requieran como consecuencia de un accidente o malformación congénita.
- XXIII. Inseminación artificial, inseminación intrauterina o reproducción asistida mediante técnicas tales como fertilización in vitro, transferencia intratubaria de gametos, transferencia intratubaria de cigotos y otras similares.
- XXIV. Recanalización de un procedimiento de planificación familiar definitivo.
- XXV. Servicios de infertilidad después de esterilización voluntaria.
- XXVI. Estudios relacionados con la disfunción eréctil, excepto los estudios hormonales.
- XXVII. Servicios, medicamentos o suministros relacionados con transformación de

- género o disfunción sexual.
- XXVIII. Servicios de bio-retroalimentación (bio-feedback).
- XXIX. Tratamientos de ortodoncia, salvo los que se requieran como consecuencia de un accidente y en los hijos con paladar hendido.
- XXX. Carillas dentales elaboradas con cualquier material (cerámica, porcelana u otros), injertos gingivales, implantes dentales y obturaciones y prótesis fabricados con metales preciosos, exceptuando en este último caso, lo dispuesto en el artículo 98 de este Reglamento.
- XXXI. Productos alimenticios y complementos dietéticos, excepto durante la hospitalización o tratándose de obesidad mórbida, cuando el FONDO así lo determine.
- XXXII. Centros de rehabilitación para farmacodependencia, alcoholismo, bulimia y anorexia nerviosa.
- XXXIII. Internamiento en casas de rehabilitación de toxicomanías, adicciones, anorexia y bulimia.
- XXXIV. Escuelas de Educación Especial en el extranjero. XXXVII. Internamiento de enfermos crónicos, cuando su único propósito es asistirlos en sus necesidades básicas, es decir, en asilos o similares.
- XXXV. Cuidadores como acompañantes y/o cuidados básicos de la vida diaria.
- XXXVI. Cuidados de pedicurista y manicurista.
- XXXVII. Estudios prenupciales, de paternidad responsable y preoperatorios para procedimientos quirúrgicos que el FONDO no autorice. Estudios para determinar la fertilidad del cónyuge, concubina o concubinario no derechohabientes; así como a derechohabientes ascendientes o descendientes. Estudios para el trámite de certificados de salud, así como vacunas para viajar al extranjero, salvo que se trate de comisiones oficiales del FONDO.
- XXXVIII. Servicios de obstetricia y planificación familiar para la madre y las hijas derechohabientes de los Titulares.
- XXXIX. Calzado ortopédico.
- XL. Productos para la higiene personal.
- XLI. Adecuaciones al hogar.
- XLII. Programas de ejercicio o entrenadores; membresías de gimnasios o similares, así como, consultas con médicos dedicados a la medicina del deporte.
- XLIII. Equipos de ejercicio, ejercitadores articulares, estimuladores eléctricos, baño terapéutico, lámparas solares, lámparas de luz infrarroja y ultravioleta, compresas eléctricas de calor húmedo, fundas protectoras, equipos de aire acondicionado, humidificadores, purificadores y similares.
- XLIV. Masajes de cualquier tipo.
- XLV. Amenidades durante la hospitalización, renta de películas, estacionamiento, comida y bebida extra y la del acompañante, agua embotellada que exceda la provisión diaria incluida en la habitación, regalos, llamadas telefónicas, habitaciones de lujo, paquetes de artículos personales y habitación para familiares.
- XLVI. Perforación del lóbulo, conservación del cordón umbilical o equivalentes, fotos, videofilmaciones, paquetes de bienvenida.
- XLVII. Antisépticos, vendajes y material de curación para uso en casa, salvo que exista demostrada necesidad médica.
- XLVIII. Pañales o compresas para incontinencia, excepto durante la hospitalización.
- XLIX. Los productos que el FONDO dé a conocer en la "Lista de Productos no Autorizados".
- L. Leche maternizada y otras leches especiales para el recién nacido y lactante, excepto durante la hospitalización.
- LI. Certificados o constancias médicas para centros deportivos o instituciones escolares o de cualquier otro de índole personal.
- LII. Escuelas especializadas en el manejo de trastorno por déficit de atención, o de capacitación de habilidades laborales.
- LIII. Lubricantes oculares, salvo en los casos en donde la condición sea ojo seco.

LIV. Los demás que el FONDO determine.

CAPÍTULO XVII DISPOSICIONES DEL CONTROL

ARTÍCULO 116. El FONDO establecerá los mecanismos de control necesarios para supervisar el cumplimiento de las obligaciones de quienes integran el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, a fin de identificar problemas que puedan presentarse en el funcionamiento, acceso, utilización, control y costo de dichos servicios. Asimismo, el propio FONDO los supervisará respecto de la calidad de sus servicios.

El FONDO ejercerá las acciones que estime procedentes para la corrección de cualquier problemática detectada.

De igual manera el FONDO podrá descontar al Titular de la pensión, cuando incurra en lo siguiente:

- El derechohabiente no de aviso al FONDO a través de la Subdirección de Recursos Humanos en Oficina Central de cualquier cambio en la situación de sus derechohabientes.
- En el caso de los hijos mayores de 21 años que hagan uso del servicio y que no hayan presentado la documentación que actualice su status como derechohabientes de los servicios de salud.
- Cuando algunos de los derechohabientes hagan uso de un Plan de Salud diferente al del Titular.
- Cuando se soliciten reposición de credenciales por extravío o robo.
- Las que el FONDO determine.

ARTÍCULO 117. Los derechohabientes que hagan uso de seguros privados de gastos médicos mayores, tendrán derecho al reembolso del monto correspondiente al copago y/o deducible, siempre que se trate de servicios médicos previstos en este Reglamento.

ARTÍCULO 118. Cualquier indicación o servicio médico, podrá estar sujeto a revisión y/o aprobación del FONDO.

El FONDO en todo momento, por sí o a través de terceros, podrá revisar la necesidad médica de los servicios prestados, el tipo de centro hospitalario o de atención médica indicado, el tiempo de hospitalización, así como, en su caso, autorizar servicios médicos en los casos que estime oportuno y sin perjuicio de lo dispuesto en este Reglamento, así como los reembolsos que presenten los derechohabientes y que por las circunstancias particulares del caso, resulten razonables aun cuando excedan el arancel establecido.

Asimismo, cuando lo estime conveniente, podrá solicitar estudios o requerimientos de información clínica adicionales o una segunda opinión para autorizar el servicio o tratamiento indicado. De igual forma, el FONDO podrá efectuar las revisiones que juzgue convenientes a los derechohabientes, para determinar si existe justificación médica para la continuación del servicio, o bien para que sigan siendo cubiertos por el FONDO.

Los derechohabientes deberán permitir que el FONDO realice las acciones previstas en el presente artículo.

ARTÍCULO 119. Las consultas, solicitudes y quejas que formulen los derechohabientes, con relación al contenido y aplicación del presente Reglamento y demás disposiciones aplicables en materia de los servicios de salud, serán atendidas por el FONDO a través

de la Subdirección de Recursos Humanos, quien dará seguimiento a las consultas, solicitudes o quejas mencionadas.

En el caso de que el FONDO haya pagado servicios de salud que deban ser descontados de la pensión del Titular, según se trate, el FONDO no podrá dar o devolver ninguna factura por los servicios otorgados por los Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 120. El Director General Adjunto de Administración y Jurídico, podrá autorizar excepciones a lo establecido en el presente Reglamento. En los casos que por sus características especiales se requiera un nivel de decisión más complejo, éstos serán revisados por el Director General Adjunto de Administración y Jurídico, el Director de Administración, la Subdirección de Recursos Humanos, los Médicos Evaluadores y la Dirección Jurídica, quienes determinarán la procedencia o no de la solicitud. De ser considerado necesario, se podrá solicitar la opinión de un profesional para dar atención y respuesta a la solicitud presentada.

Asimismo, en los casos para el registro de padres en el servicio médico que por sus características especiales se requiera un nivel de decisión más complejo, éstos serán analizados por un grupo de revisión conformado por el Director General Adjunto de Administración y Jurídico, el Director de Administración, la Subdirección de Recursos Humanos, Jefe del Departamento de Servicio Médico y Otras Prestaciones y Especialista o Analista del Departamento de Servicio Médico y Otras Prestaciones, a fin de que en dicho grupo se determine lo conducente.

La interpretación del Reglamento para su aplicación es responsabilidad de la Dirección de Administración.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. El presente Reglamento entrará en vigor a partir de la fecha de su publicación.

ARTÍCULO SEGUNDO. El presente Reglamento deja sin efecto cualquier normatividad que contravenga sus disposiciones.

ROLANDO JESÚS GONZÁLEZ FLORES
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE ADMINISTRACIÓN Y JURÍDICO

ANEXO 1

TABLA DE AJUSTES, PORCENTAJES, MONTOS Y TARIFAS MÁXIMAS DE REEMBOLSOS AUTORIZADOS Y LÍMITE DE DESEMBOLSO

Concepto	PLAN BÁSICO		PLAN ARANCEL		PLAN EJECUTIVO	
	Dentro de red	Fuera de red 6/	Dentro de red	Fuera de red 6/	Dentro de red	Fuera de red
Consultas	0%	Variable	20%	20%	20%	30%
Procedimiento en Consultorio	0%	Variable	10%	10%	10%	10%
Estudios de Laboratorio y Gabinete	0%	Variable	0%	0%	0%	10%
Medicamentos en Farmacia	0%	Variable	15%	15%	15%	30%
Urgencias Médicas 1/	0%	Variable	0%	Variable	0%	Variable
Hospitalización 2/	0%	Variable	0%	Variable	0%	10%
Corta Estancia 3/	0%	Variable	0%	Variable	0%	10%
Tratamientos Especiales 4/	0%	Variable	0%	Variable	0%	10%
Maternidad	0%	Variable	0%	Variable	0%	10%
Aparatos de Ortopedia 5/	0%	Variable	0%	Variable	0%	0%
Aditamentos de Oxígeno y Equipo de apoyo a domicilio	0%	Variable	0%	Variable	0%	Variable
Prótesis (internas y externas"	0%	Variable	0%	Variable	0%	0%
Rehabilitación Física						
Terapia Física	0%	Variable	10%	10%	10%	30%
Terapia de Lenguaje	0%	Variable	10%	10%	10%	30%
Terapia de Neurodesarrollo	0%	Variable	10%	10%	10%	30%
Terapias de Salud Mental						
Terapia Psicológica	0%	Variable	20%	20%	20%	30%
Terapia Psiquiátrica	0%	Variable	20%	20%	20%	30%
Vacunas	0%	Variable	0%	Variable	0%	Variable
Enfermería y cuidados especiales	0%	Variable	0%	Variable	0%	Variable
Casas de asistencia	0%	Variable	0%	Variable	0%	10%
Casa de medio camino	0%	Variable	0%	Variable	0%	10%
Odontología (Consultas y tratamientos excepto profilaxis)						
Titulares	0%	Variable	20%	20%	20%	30%
Familiares	0%	Variable	20%	20%	20%	30%

1/ En caso de que la atención no califique como Urgencia Médica, en los términos del presente Reglamento, los Derechohabientes adscritos al Plan Básico deberán cubrir el 20% de la atención recibida y el FONDO el 80% restante. Por otra parte, para los Derechohabientes adscritos a los Planes Arancel y Ejecutivo, aplicará un 20% de Copago para atenciones con Prestadores dentro de Red, mientras que los Derechohabientes del Plan Ejecutivo que se atiendan fuera de red les será aplicable un 30% de Copago. El FONDO cubrirá el monto restante después de aplicar los Copagos correspondientes.

2/ En este concepto se incluyen cargos de habitación, honorarios médicos, medicamentos, materiales de curación y elementos de diagnóstico.

3/ Este concepto corresponde a cargos de cubículo, medicamentos, materiales de curación y elementos de diagnóstico.

4/ Los servicios considerados son: quimioterapia, radioterapia, litotripsia, hemodiálisis, cama hiperbárica y los demás que el FONDO determine. Si exceden de 24 horas para su atención, estos conceptos podrán sumar para el límite de copago en el concepto de hospitalización.

5/ En aquellos casos en los que el importe de los aparatos ortopédicos supere los aranceles del FONDO, se utilizarán estos últimos como límite máximo a reembolsar.

6/ Reembolso calculado sobre montos y tarifas máximas autorizadas por FIRA, cuando el servicio no esté incluido en el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, excepto cuando la atención sea dictaminada por el FONDO como urgencia.

Para los derechohabientes registrados en el plan arancel se podrán autorizar hasta tres procedimientos quirúrgicos en un mismo plano anatómico y los aranceles se integran de la siguiente manera:

Concepto	PROCEDIMIENTO (1) 100% del arancel autorizado	PROCEDIMIENTO (2) 50% del arancel autorizado	PROCEDIMIENTO (3) 25% del arancel autorizado
Honorarios del Cirujano	80% del porcentaje del arancel autorizado.	80% del porcentaje del arancel autorizado.	80% del porcentaje del arancel autorizado.
Honorarios del Ayudante (1)	20% del porcentaje del arancel autorizado.	20% del porcentaje del arancel autorizado.	20% del porcentaje del arancel autorizado.
Honorarios del Ayudante (2)	15% del porcentaje del arancel autorizado por procedimiento. Previa autorización del FONDO, presentando informe médico.	15% del porcentaje del arancel autorizado por procedimiento. Previa autorización del FONDO, presentando informe médico.	15% del porcentaje del arancel autorizado por procedimiento. Previa autorización del FONDO, presentando informe médico.
Honorarios Anestesiólogo*	30% de los honorarios del cirujano por procedimiento. - Arancel mínimo por concepto de anestesia: \$ 2,045.00 - Arancel mínimo por concepto de sedación: \$ 985.00 En el supuesto de que los honorarios totales del anestesiólogo resulten menores a los aranceles mínimos antes mencionados, el importe deberá ajustarse a los mismos.	30% de los honorarios del cirujano por procedimiento. - Arancel mínimo por concepto de anestesia: \$ 2,045.00 - Arancel mínimo por concepto de sedación: \$ 985.00 En el supuesto de que los honorarios totales del anestesiólogo resulten menores a los aranceles mínimos antes mencionados, el importe deberá ajustarse a los mismos.	30% de los honorarios del cirujano por procedimiento. - Arancel mínimo por concepto de anestesia: \$ 2,045.00 - Arancel mínimo por concepto de sedación: \$ 985.00 En el supuesto de que los honorarios totales del anestesiólogo resulten menores a los aranceles mínimos antes mencionados, el importe deberá ajustarse a los mismos.
Instrumentista	En ningún caso se autoriza este concepto.		

Las tarifas máximas de reembolso no incluyen IVA.

Porcentajes, montos y tarifas máximas de Reembolso

Anteojos:

- Los anteojos están compuestos por el armazón y los lentes (micas o cristales). El monto máximo de reembolso es de \$3,343.00, por los anteojos.
- Para la reposición de lentes (micas o cristales), el monto máximo de reembolso será de \$2,340.00.
- La reposición de armazón el monto de reembolso será de \$2,006.00.

Lentes de contacto:

En caso de lentes de contacto, tratándose del par, el monto máximo de reembolso es de \$3,343.00. En caso de requerirse sólo un lente de contacto, el monto máximo de reembolso será de \$1,672.00.

Aparatos auditivos:

- El monto máximo de reembolso por un aparato auditivo es de \$21,745.00.
- El monto máximo de reembolso por dos aparatos auditivos es de \$43,492.00.

Servicios de cesación del hábito tabáquico:

El monto máximo de reembolso será del 50% del costo del servicio. Dicho reembolso sólo podrá ser solicitado cada tres años.

Escuela de Educación Especial:

Sólo los hijos derechohabientes tendrán derecho a recibir este servicio y se cubren sólo escuelas especializadas dentro del territorio nacional.

Los montos máximos de reembolso son los siguientes:

- Inscripción o reinscripción: \$ 10,744.00
- Cuota mensual: \$ 7,160.00

Se podrá efectuar el pago anual de la colegiatura al inicio del ciclo escolar.

Tarifa máxima por servicios dentales que impliquen metales preciosos:

De conformidad con lo dispuesto en las Fracciones V y XII del artículo 98, las tarifas máximas de reembolso son las siguientes:

- Corona \$4,057.00
- Incrustación \$2,034.00

Equipo de Apoyo:

Los montos máximos de reembolso por la adquisición de equipo de apoyo son los siguientes:

- Bastones \$ 595.00.
- Muletas \$ 717.00.
- Andaderas \$ 1,194.00.
- Colchones \$ 3,106.00.

Enfermería y Cuidados Especiales:

El monto máximo de reembolso por turno de 12 horas es el siguiente:

- Enfermera especialista: \$955.00.
- Enfermera general: \$832.00.
- Auxiliar de enfermería: \$695.00.
- Cuidador: \$595.00.

Visita Hospitalaria

- Visita hospitalaria en día hábil se paga 3 veces el arancel de la consulta por día, independientemente del número de veces que acuda el médico tratante a valorar al paciente al hospital.
- Visita hospitalaria en día inhábil se paga 4 veces el arancel de la consulta por día, independientemente del número de veces que acuda el médico tratante a valorar al paciente al hospital.

Paquete de atención obstétrica:

Se conoce como Paquete Obstétrico a las atenciones a que se refieren los artículos 74 y 75 del presente Reglamento. A continuación, se presentan los montos máximos de reembolso correspondientes:

PAQUETES DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA				
CONCEPTO	PARTO	CESÁREA	LEGRADO	"PARTO Y SALPINGO, CESÁREA Y SALPINGO"
HONORARIOS MÉDICOS DEL EQUIPO MÉDICO QUIRÚRGICO				
GINECÓLOGO INCLUYE				
AYUDANTIA	\$19,013	\$19,013	\$6,962	\$26,144
ASISTENCIA TÉCNICA:				
ANESTESIA	\$4,755	\$4,755	\$2,889	\$6,536
PEDIATRÍA (Arancel de paquete toco quirúrgico)	\$3,503	\$3,503	-----	\$3,503
SUBTOTAL:	\$27,271	\$27,271	\$ 9,851	\$36,183
HOSPITALIZACIÓN				
UN DÍA			\$4,177	
DOS DÍAS	\$8,348	-----	-----	-----
TRES DÍAS	-----	\$12,523	-----	\$12,523
QUIRÓFANO OBSTÉTRICO (1hr)	\$4,101	\$4,101	-----	\$4,101
SALA DE LEGRADO (CIR. MENOR)	-----	-----	\$3,701	-----
SALA DE LABOR (3 hrs.)	\$3,229	\$3,229	-----	\$3,229
SALA DE RECUPERACIÓN (1hr)	\$2,208	\$2,208	\$2,208	\$2,208
CUNA O INCUBADORA	\$7,287	\$7,287	-----	\$7,287
EQUIPO DE ANESTESIA O BLOQUEO	\$2,705	\$2,705	\$2,705	\$2,705
SUBTOTAL:	\$27,878	\$32,053	\$12,791	\$32,053
OTROS				
CIRCUNCISIÓN DE RECIÉN NACIDO	\$1,981	\$1,981		\$1,981
Conceptos adicionales durante la hospitalización que se pagan al 100%				
ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE, MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE SALA				

TOTAL:	\$57,130	\$61,305	\$22,642	\$70,217
---------------	----------	----------	----------	----------

Montos máximos de reembolso por atenciones de urgencia médica recibidas en un hospital no incluido en el Directorio de Prestadores cuando éstas no sean calificadas como urgencias médicas:

Concepto	Montos
CUARTO PRIVADO	\$4,178
DERECHO DE SALA DE OPERACIÓN 1 HORA	\$5,365
DERECHO DE SALA DE OPERACIÓN MEDIA HORA SUBSECUENTE	\$2,048
SALA DE RECUPERACIÓN POR HORA	\$1,436
SALA DE RECUPERACIÓN CADA 1/2 HORA SUBSECUENTE	\$704
CUNA POR DÍA	\$2,130
CUNA TÉRMICA (ADICIONAL AL COSTO DE LA CUNA X DÍA	\$364
INCUBADORA C/OXIGENO(ADICIONAL AL COSTO DE LA CUNA X DÍA	\$2,429
FOTOTERAPIA (ADICIONAL AL COSTO DE LA CUNA X DÍA	\$2,841
EQUIPO DE ANESTESIA PRIMERA HORA	\$1,895
EQUIPO DE ANESTESIA 1/2 HORA SUBSECUENTE O FRACCIÓN	\$949
BLOQUEO CARGO ÚNICO	\$1,517
CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA Cubículo de preparación, 1 hora de Sala de Operaciones, Monitor multiparámetros, Sala de Recuperación, Aparato de Anestesia o Equipo de Bloqueo y Material de asepsia.	\$5,992
Cuando en corta estancia las intervenciones tengan una duración superior a una hora, SE PAGARÁ POR CADA MEDIA HORA O FRACCIÓN SUBSECUENTE	\$2,995
<u>URGENCIAS</u>	
ESTANCIA EN CUBÍCULOS X HORA	\$1,421
DERECHO DE CONSULTORIO	\$484
DERECHO DE CUBÍCULO P/QUITAR YESOS	\$1,421

El importe de Copago que deberá cubrir el derechohabiente por concepto de medicamentos será de 10% sobre el importe total que corresponda a este rubro.

Límite anual de desembolso por ajustes para Titulares del Plan Arancel y Ejecutivo:

Límite anual: \$11,937.00.

El límite se acumula por grupo familiar en los siguientes conceptos:

- Medicinas de Farmacia.
- Rehabilitación Física (terapia física, terapia de lenguaje y terapia de neurodesarrollo)

En el caso de eventos hospitalarios de la población del Plan Ejecutivo, el límite máximo anual para eventos de hospitalización por composición familiar será equivalente a \$154,005.00

Revisión médica periódica, conocida como “check up”:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 49 de este Reglamento, los pensionados o jubilados Titulares del Plan Ejecutivo, tendrán derecho al reembolso de la revisión periódica, el monto máximo de reembolso es de \$11,937.00

El beneficio de la revisión médica se puede ejercer en cualquier momento del año y en caso de no haberse realizado su monto no es acumulable.

ANEXO 2

Criterios aplicables para el reembolso de pasajes, viáticos y gastos médicos derivados de las atenciones previstas en los artículos 18 y 19 del Reglamento de Servicios de Salud para Personal Jubilado o Pensionado del FONDO.

Atenciones en territorio nacional fuera de plaza de adscripción

- I. El porcentaje del costo de pasajes, viáticos y atenciones médicas de los derechohabientes a que se refiere el artículo 18 del Reglamento, se sujetarán a lo siguiente:

Paciente	
	Porcentaje del costo que absorberá el FONDO
Viáticos 1/	50%
Pasajes 2/	100%

- 1/** El hospedaje, alimentación y cuota sin comprobar se cubrirán únicamente por los días de permanencia fuera de su plaza de adscripción en que el paciente no permanezca hospitalizado.

La cantidad a reembolsar corresponderá al 50% de la tarifa de viáticos en moneda nacional (que incluye cantidades máximas límite para hospedaje, alimentos y cuota sin comprobantes) que corresponda, a que se refieran los lineamientos que para tal efecto tiene establecida FIRA para el pago de comisiones de trabajo.

- 2/** El costo de pasajes se cubrirá al 100%. La transportación aérea sólo se cubrirá en clase turista o similar.

Tratándose de estas atenciones médicas, los gastos serán cubiertos conforme al Plan de Beneficios en que está registrado el derechohabiente.

- II. Cuando por las condiciones particulares del paciente (gravedad, minoría de edad, etc.), el FONDO estime necesario que sea acompañado de alguna persona, se podrá autorizar el siguiente subsidio:

Acompañante	
	Porcentaje del costo que absorberá el FONDO
Viáticos 1/	50%
Pasajes 2/	50%

- 1/** El hospedaje, alimentación y cuota sin comprobar se cubrirá únicamente por los días en que se encuentre acompañando al paciente.

La cantidad a reembolsar corresponderá al 50% de la tarifa de viáticos en moneda nacional (que incluye cantidades máximas límite para hospedaje, alimentos y gastos no sujetos a comprobación) que corresponda, a que se refieran los lineamientos que para tal efecto tiene establecida FIRA para el pago de comisiones de trabajo.

- 2/** El costo de pasajes se cubrirá al 50%. La transportación aérea sólo se cubrirá en clase turista o similar.

Atenciones fuera del territorio nacional:

- I. El porcentaje del costo de pasajes, viáticos y atenciones médicas de los derechohabientes a que se refiere el artículo 19 del Reglamento, se sujetarán a lo siguiente:

Paciente	
	Porcentaje del costo que absorberá el FONDO
Viáticos 1/	50%
Pasajes 2/	80%
Atención médica: 3/	
- Consultas	70%
- Estudios de gabinete	90%
- Estudios de laboratorio	90%
- Hospitalización	90%
- Medicinas	100%
- Tratamiento de quimioterapia	90%
- Tratamiento de radioterapia	90%

- 1/** El hospedaje, alimentación y cuota sin comprobar se cubrirán únicamente por los días de permanencia fuera de su plaza de adscripción en que el paciente no permanezca hospitalizado.

La cantidad a reembolsar corresponderá al 50% de la tarifa de viáticos en moneda nacional (que incluye cantidades máximas límite para hospedaje, alimentos y cuota sin comprobantes) que corresponda, de conformidad a las disposiciones aplicables.

- 2/** El costo de pasajes se cubrirá al 100%. La transportación aérea sólo se cubrirá en clase turista o similar.

- 3/** El FONDO, cubrirá el 80% del costo de las consultas, estudios de gabinete y hospitalización, así como el 100% del costo de las medicinas, sin perjuicio del Plan de Beneficios a que pertenezca el derechohabiente.

- II. Cuando por las condiciones particulares del paciente (gravedad, minoría de edad, etc.), el FONDO estime necesario que sea acompañado de alguna persona, se podrá autorizar el siguiente subsidio:

Acompañante	
	Porcentaje del costo que absorberá el FONDO
Viáticos 1/	50%
Pasajes 2/	50%

- 1/** El hospedaje, alimentación y cuota sin comprobar se cubrirá únicamente por los días en que se encuentre acompañando al paciente.

La cantidad a reembolsar corresponderá al 50% de la tarifa de viáticos en moneda nacional (que incluye cantidades máximas límite para hospedaje, alimentos y gastos no sujetos a comprobación) de conformidad a las disposiciones aplicables.

2/ El costo de pasajes se cubrirá al 50%. La transportación aérea sólo se cubrirá en clase turista o similar.

ANEXO 3

ELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Lugar y fecha

(Nombre)
Director de Administración

1) Plan Básico

Es de mi conocimiento que el Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura, Fideicomiso del Banco de México (FONDO), tiene establecido dentro del Plan de Beneficios de Servicios de Salud el **Plan Básico** que proporciona a través del Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, que incorpora las diversas especialidades, instituciones hospitalarias y servicios médicos complementarios, a fin de que exclusivamente en éstos se atienda el cuidado de mi salud.

Atento a lo anterior, me permito solicitar se incluya al que suscribe y a mis Derechohabientes registrados en el referido Plan.

Manifiesto mi conformidad en el sentido de que los gastos que se deriven por este servicio, serán cubiertos directamente por el FONDO, en los términos del Reglamento de Servicios de Salud para Personal Pensionado.

Autorizo expresamente y desde ahora al FONDO para que, descuenta de mi pensión las cantidades que correspondan y que resulten a mi cargo por el uso indebido de este servicio.

Atentamente

Nombre:
Clave:

ANEXO 3

ELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Lugar y fecha

(Nombre)
Director de Administración

2) Plan Arancel

Es de mi conocimiento que el Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura, Fideicomiso del Banco de México (FONDO), tiene establecido dentro del Plan de Beneficios de Servicios de Salud el **Plan Arancel** que contempla el Reembolso de los gastos médicos que se efectúen de acuerdo a los Aranceles que el FONDO tiene establecidos para las diversas especialidades, instituciones hospitalarias y servicios médicos complementarios en los que se atienda el cuidado de mi salud o bien mediante el uso de los prestadores que forman parte del Directorio del Plan Básico, en el cual los servicios serán cubiertos por el FONDO a favor de dichos Prestadores y se me descontará de la pensión, los porcentajes, montos y tarifas vigentes que correspondan a los servicios utilizados de acuerdo con el Anexo 1 del presente Reglamento.

Atento a lo anterior, me permito solicitar se incluya al que suscribe y a mis Derechohabientes registrados en el referido Plan.

Manifiesto mi conformidad en el sentido de que cubriré directamente los gastos que se deriven por los Servicios de Salud que utilice, para que posteriormente, conforme a los mecanismos administrativos del FONDO me sean Reembolsados de acuerdo a los Aranceles establecidos, con el Ajuste correspondiente, en los términos del Reglamento de Servicios de Salud para Personal Pensionado.

Autorizo expresamente y desde ahora al FONDO para que, descuenta de mi pensión las cantidades que correspondan y que resulten a mi cargo por el uso indebido de este servicio.

Atentamente

Nombre:
Clave:

ANEXO 3

ELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Lugar y fecha

(Nombre)
Director de Administración

3) Plan Ejecutivo

Es de mi conocimiento que el Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura, Fideicomiso del Banco de México (FONDO), tiene establecido dentro del Plan de Beneficios de Servicios de Salud el **Plan Ejecutivo** que contempla el Reembolso de los gastos médicos que se efectúen mediante los Ajustes establecidos para las diversas especialidades, instituciones hospitalarias y servicios médicos complementarios en los que atienda el cuidado de mi salud o bien mediante el uso de los prestadores que forman parte del Directorio del Plan Básico, en el cual los servicios serán cubiertos por el FONDO a favor de dichos Prestadores y se me descontará de la pensión, los porcentajes de ajustes que correspondan a los servicios utilizados de acuerdo con el Anexo 1 del presente Reglamento.

Atento a lo anterior, me permito solicitar se incluya al que suscribe y a mis Derechohabientes registrados en el referido Plan.

Manifiesto mi conformidad en el sentido de que cubriré directamente los gastos que se deriven por los Servicios de Salud que utilice, para que posteriormente, conforme a los mecanismos administrativos del FONDO me sean Reembolsados en los términos del Reglamento de Servicios de Salud para Personal Pensionado con los correspondientes Ajustes.

Autorizo expresamente y desde ahora al FONDO para que, descuenta de mi pensión las cantidades que correspondan y que resulten a mi cargo por el uso indebido de este servicio.

Atentamente

Nombre:
Clave:

ANEXO 4

Criterios aplicables para Terapia Psicológica, Neuropsicológica y tratamiento de Trastornos de la Infancia y del Desarrollo

Con el fin de fomentar la salud integral de los derechohabientes, el FONDO les ofrece apoyo para la terapia psicológica, neuropsicológica y tratamiento de trastornos de la infancia y del desarrollo.

Los derechohabientes de los Planes Básico, Arancel y Ejecutivo, tendrán derecho a los servicios de salud mental antes señalados, previa autorización de la Subdirección de Recursos Humanos, de acuerdo con el plan seleccionado por el derechohabiente.

1. TERAPIA PSICOLÓGICA

1.1. De los requisitos del proveedor de servicios de terapia psicológica:

- 1.1.1 El titular deberá entregar a la Subdirección de Recursos Humanos, copia de la cédula profesional de licenciatura en psicología y/o cédula profesional de maestría en psicoterapia o equivalente.

1.2. Del informe diagnóstico y autorización del tratamiento:

- 1.2.1 El psicoterapeuta deberá emitir un informe diagnóstico al término de las primeras 3 sesiones que contenga, como mínimo, el motivo de consulta, resultados de las pruebas aplicadas, diagnóstico con base en el DSM 5, CIE 11 o cualquier otro manual diagnóstico autorizado por las autoridades de salud, su nivel de gravedad, así como el plan de tratamiento estimando el número de sesiones y la periodicidad de las mismas.
- 1.2.2 La Subdirección de Recursos Humanos realizará el análisis del informe recibido y dictaminará el número de sesiones y el periodo autorizado para recibir la terapia; el tratamiento completo no podrá exceder las 48 sesiones durante la vigencia del derechohabiente, dichas sesiones se podrán utilizar para uno o varios padecimientos psicológicos para su autorización se deberá considerar:
 - Que el padecimiento incapacite al derechohabiente para realizar sus actividades cotidianas o afecte su funcionamiento cotidiano en grado moderado a grave.
 - Que exista riesgo de suicidio u otras formas de agresión o auto agresión, riesgo de lesión, auto lesión o daño de cualquier tipo.
- 1.2.3 Al término del periodo de sesiones autorizadas, el titular deberá presentar a la Subdirección de Recursos Humanos un nuevo informe de seguimiento a fin de evaluar la continuidad del tratamiento con recursos de la Institución.

1.3 De las características del tratamiento:

- 1.3.1 La periodicidad será de hasta una vez por semana.
- 1.3.2 En el caso de intervención en crisis, podrá atenderse hasta dos veces por semana, por un periodo máximo de 4 semanas, en tal caso, el terapeuta

realizará el reporte y justificación de dicha intervención.

1.3.3 Los reportes antes mencionados deberán realizarse con estricta confidencialidad, salvaguardando la integridad de los pacientes y sólo se presentarán a quien el FONDO, a través del médico responsable, indique.

1.3.4 En el supuesto de que el derechohabiente abandone el tratamiento sin causa justificada, no se autorizará tratamiento para el mismo padecimiento y las sesiones cubiertas podrán ser sujetas de cobro.

1.4 De los casos específicos y excepciones:

1.4.1 La psicoterapia familiar se ajustará al arancel por sesión no por persona.

1.4.2 Cuando el caso lo amerite y se encuentre plenamente justificado, se podrá ampliar el periodo de tratamiento posterior hasta por 48 sesiones adicionales, siempre y cuando persista la problemática establecida en el numeral 1.2.2, para lo cual se deberá hacer una nueva solicitud presentando el informe correspondiente y el FONDO determinará la posibilidad de continuar con el mismo.

2 TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y DEL DESARROLLO, NEUROCOGNITIVOS

2.1 De los requisitos del proveedor de servicios de tratamiento de trastornos de la infancia y del desarrollo:

2.1.1 El Titular deberá entregar a la Subdirección de Recursos Humanos copia de la cédula profesional de licenciatura o maestría en psicología, neuropsicología, o su equivalente en educación especial, trastornos de audición y lenguaje, trastornos de la atención, trastornos de la infancia o trastornos del desarrollo que corresponda.

2.2 Del informe diagnóstico y autorización del tratamiento:

2.2.1 El proveedor deberá emitir un informe diagnóstico al término de las primeras 3 sesiones que contenga, como mínimo, el motivo de consulta, resultados de las pruebas aplicadas, diagnóstico con base en el DSM 5. CIE 11 o cualquier otro manual diagnóstico autorizado por las autoridades de salud, su nivel de gravedad, así como el plan de tratamiento estimando el número de sesiones y la periodicidad de las mismas.

2.2.2 La Subdirección de Recursos Humanos realizará el análisis del informe recibido y dictaminará el número de sesiones y el periodo autorizado para recibir la terapia; el tratamiento completo no podrá exceder los 36 meses y para su autorización se deberá considerar:

- Que el padecimiento incapacite al derechohabiente para realizar sus actividades cotidianas o exista deterioro significativo en el desempeño de las mismas.
- Que exista beneficio clínico demostrable en el tratamiento indicado.

2.3 De las características del tratamiento:

- 2.3.1 La periodicidad será de hasta una vez por semana.
- 2.3.2 En el caso de intervención en crisis, podrá atenderse hasta dos veces por semana, por un periodo máximo de 4 semanas, en tal caso, el terapeuta realizará el reporte y justificación de dicha intervención.
- 2.3.3 Los reportes antes mencionados deberán realizarse con estricta confidencialidad, salvaguardando la integridad de los pacientes y sólo se presentarán a quien el FONDO, a través del médico responsable, indique.

En caso de que se abandone el tratamiento sin causa justificada, no se autorizará tratamiento para el mismo padecimiento y las sesiones cubiertas podrán ser sujetas de cobro. Los estudios neuropsicológicos completos solo podrán aplicarse después de 6 meses.

2.4 De los casos específicos y excepciones

- 2.4.1 Cuando el caso lo amerite y se encuentre plenamente justificado, se podrá ampliar el periodo de tratamiento, para lo cual se deberá hacer una nueva solicitud presentando el informe correspondiente y el FONDO determinará la posibilidad de continuar con el mismo.
- 2.4.2 Los casos que ameriten ser remitidos para su tratamiento a una escuela de Educación Especial se apegarán a lo establecido en el artículo 88, en el numeral 3 del presente anexo y a los aranceles establecidos en el anexo 1 del Reglamento.

3. ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

3.1 De los requisitos del proveedor de servicios de Escuela de Educación Especial:

- 3.1.1 El Titular deberá entregar a la Subdirección de Recursos Humanos, programa de la escuela donde se establezca claramente que se trata de centros especializados en la rehabilitación de limitaciones físicas o psíquicas diagnosticadas y que cuenta con las instalaciones y los recursos humanos capacitados para ello. Por lo mismo, deberá entregar del terapeuta responsable la cédula profesional de licenciatura o maestría en psicología, neuropsicología, o su equivalente en educación especial, trastornos de audición y lenguaje, trastornos de la atención, trastornos de la infancia o trastornos del desarrollo que corresponda. O bien en el supuesto, de que acudan con Escuelas o Institutos especializados del Sistema Educativo Nacional con registro o certificación correspondiente para brindar el servicio.

3.2 De la autorización del tratamiento y su seguimiento

- 3.2.1 El Titular deberá presentar la solicitud a la Subdirección de Recursos Humanos anexando la documentación establecida en el punto anterior y el diagnóstico donde se especifique claramente que se cuenta con una limitación o trastorno físico o psicológico o deterioro neurocognitivo que amerita este tipo de tratamiento. Dicho diagnóstico deberá ser emitido por un especialista en la materia.
- 3.2.2 El FONDO otorgará una autorización por ciclo escolar.

- 3.2.3 El proveedor deberá emitir un informe de seguimiento al menos al término de cada ciclo escolar a fin de autorizar el siguiente periodo de inscripción y mensualidades.
- 3.2.4 La duración total del tratamiento será el equivalente de la conclusión de la educación media superior o cumplidos 18 años de edad.

3.3 De las características del tratamiento

- 3.3.1 La autorización cubre únicamente el pago de inscripción y colegiatura de conformidad con los aranceles establecidos en el Anexo 1. No se pagarán cuotas distintas a las mencionadas anteriormente.
- 3.3.2 El titular tiene la obligación de cumplir con los programas, horarios y actividades establecidas por la Institución de Educación Especial seleccionada, en caso de que no sea así se podrá suspender el tratamiento.
- 3.3.3 En caso de que se abandone el tratamiento sin causa justificada o se cambie de escuela sin que medie autorización previa, no se autorizará tratamiento para el mismo padecimiento y las sesiones cubiertas podrán ser sujetas de cobro.

3.4 De los casos específicos y excepciones

- 3.4.1 Cuando el caso lo amerite y se encuentre plenamente justificado, se podrá ampliar el periodo de tratamiento, para lo cual se deberá hacer una nueva solicitud presentando el informe correspondiente y el FONDO determinará la posibilidad de continuar con el mismo.

ANEXO 5

CRITERIOS APLICABLES PARA LA ATENCIÓN POR PARTE DE LICENCIADOS EN NUTRICIÓN O ENDOCRINÓLOGOS

Con el fin de fomentar la salud integral de los derechohabientes, el FONDO les ofrece la posibilidad de contar con tratamientos nutricionales y dietéticos.

Los derechohabientes de los Planes Básico, Arancel y Ejecutivo, tendrán derecho a los servicios de salud antes señalados, de acuerdo con el plan seleccionado por el derechohabiente:

Requisitos Generales:

Para los derechohabientes del Plan Básico deberán respetar el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, sin embargo, si en su lugar de residencia no se cuenta con la especialidad en endocrinología y licenciados en nutrición convenida el Derechohabiente podrá acudir con médicos de la misma especialidad fuera del directorio y posteriormente solicitar el reembolso mismo que será aplicable de acuerdo a los aranceles establecidos.

Para los derechohabientes registrados en los Planes Arancel y Ejecutivo, el derechohabiente, deberá pagar directamente por los servicios recibidos y posteriormente solicitar el reembolso salvo los casos de derechohabientes del Plan Arancel o Ejecutivo que hagan uso de Prestadores que formen parte del Directorio, en este supuesto, FIRA paga por cuenta y orden del Titular.

Características generales del Tratamiento:

- Se autorizará una primera consulta de evaluación para los derechohabientes que soliciten la atención.
- Se autorizarán tratamientos para derechohabientes con sobrepeso y obesidad a partir del grado I o bien que tengan alguna enfermedad agregada que amerite la atención, el grado de sobrepeso u obesidad será determinado de acuerdo al índice de masa corporal del derechohabiente. Los valores de referencia para determinar si procede o no la atención se hará conforme a lo siguiente:

IMC: 18.5 -24.9 Normal

IMC: 25.0 - 29.9 Sobrepeso u obesidad grado 1

IMC: 30.0 - 39.9 Sobrepeso u obesidad grado 2

IMC: >40.0 Sobrepeso u obesidad grado 3

- Los Derechohabientes podrán acceder a un máximo de veinticuatro consultas de nutrición durante el tiempo que tenga vigente su derecho de servicio médico por única ocasión, salvo para aquellos casos en los que exista una condición de morbilidad que justifique la necesidad de continuar con la atención.
- El proceso para tener continuidad al acceso de consultas de nutrición consiste en que posterior a la consulta inicial, así como cada seis consultas con un mismo prestador de servicios, el Derechohabiente deberá solicitar autorización al servicio médico del FONDO.
- En el caso en que un Derechohabiente decida realizar cambio de Licenciado en Nutrición como tratante, deberá notificarlo al servicio médico del FONDO.

En todos los casos el médico tratante deberá entregar a la Subdirección de Recursos Humanos al inicio del tratamiento un informe médico que incluya el peso del paciente, la estatura, el IMC, el sobrepeso existente y el peso ideal o sugerido, así como el número de sesiones que considera necesarias para lograr la reducción de peso.

ANEXO 6

FORMATOS MÉDICOS

I. Recetario

Este formato es de uso exclusivo de los médicos que integran el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, quienes serán los que tendrán en custodia dichos formatos. Sólo aplicable al Plan Básico.

En este formato el médico tratante pondrá los datos del derechohabiente, la fecha de la consulta, los medicamentos recetados, indicaciones en caso de requerir estudios de gabinete o laboratorio, o pase con un médico especialista, entre otros datos.

Este formato, viene en original con dos copias, y su uso será el siguiente:

- ✓ El original será para el médico tratante y para efectos de que sus servicios otorgados puedan ser cubiertos por el FONDO por cuenta y orden de los derechohabientes, deberá anexar en original este formato a su recibo de honorarios.
- ✓ La copia amarilla se queda con el derechohabiente y la deberá presentar para recibir alguno de los siguientes servicios de salud: gabinete, farmacia, laboratorio o al médico especialista; lo anterior, dependiendo de las indicaciones del médico tratante.

Los servicios de salud antes señalados, serán cubiertos por el FONDO por cuenta y orden de los derechohabientes a favor de los prestadores de servicios de salud, para lo cual deberán anexar a su factura las copias amarillas de este formato y que amparen del importe total de la misma.

- ✓ La copia en color azul, se quedará con ella el derechohabiente, a fin de seguir las indicaciones del médico tratante.

Instructivo de llenado del formato.

FIRA
FIDEICOMISOS INSTITUIDOS EN RELACION CON LA AGRICULTURA

Servicio Médico Recetario

PACIENTE 1 **FECHA DE NACIMIENTO** 2

FAMILIAR DE 3 **CLAVE DEL TITULAR** 4

UNIDAD ADMINISTRATIVA 6 **CLAVE DEL DERECHOHABIENTE** 5

TITULAR 7 ☐ YUJE ☐ HIJO ☐ PADRE **CIUDAD** 8

PRESTADOR 9 **ESPECIALIDAD** 10

PA 14 **AMENOS** 9 **ESTUDIOS DE LABORATORIO** **ESTUDIOS DE** 10 **OTROS**

FECHA 11 **FOLIO** 00001

DIAGNOSTICO PRINCIPAL O MOTIVO DE LA CONSULTA 12

COSTO DE LA CONSULTA 13

INCAPACIDAD 15

CANTIDAD **MEDICAMENTOS E INDICACIONES O SERVICIO SOLICITADO** **UNITARIO** **TOTAL**

1

2

3

4

OBSERVACIONES:

TOTAL: \$

PARA LA RE 20 **DE ESTUDIOS O RADIOGRAFIAS O SURTIDO DE MEDICAMENTOS. ESTA RECETA TIENE VIGENCIA DE**

FIRMA MEDICO 21 **FIRMA DEL PACIENTE** 22 **FIRMA DE CONFORMIDAD, SERVICIO O MEDICAMENTOS** 23

ORIGINAL **MEDICO** **COPIA AMARILLA** **FARMACIA** **LABORATORIO** **ESPECIALISTA O GABINETE** **COPIA AZUL** **EMPLEADO**

Este formato debe ser llenado por el médico tratante al momento de la consulta, de acuerdo a lo siguiente:

- 1) **PACIENTE:** Nombre completo del paciente.
- 2) **FECHA DE NACIMIENTO:** Fecha de nacimiento del paciente.
- 3) **FAMILIAR DE:** Nombre completo del Titular.
- 4) **CLAVE DEL TITULAR:** Clave del Titular.
- 5) **CLAVE DEL DERECHOHABIENTE:** Clave de derechohabiente que aparece en su credencial de servicios.
- 6) **UNIDAD ADMINISTRATIVA:** Indicar que se trata de pensionado (a), jubilado (a) o viuda.

- 7) **DERECHOHABIENTE:** Deberá señalar a qué tipo de derechohabiente corresponde la atención prestada.
- 8) **CIUDAD:** Localidad en la que se presta la atención.
- 9) **PRESTADOR:** Nombre completo del médico tratante.
- 10) **ESPECIALIDAD:** Especialidad del médico tratante
- 11) **FECHA:** Fecha de la consulta.
- 12) **DIAGNOSTICO PRINCIPAL O MOTIVO DE LA CONSULTA:** Anotar el nombre del padecimiento o causa de la atención.
- 13) **COSTO DE LA CONSULTA:** Honorarios a pagar por motivo de la consulta y/o servicios prestados.
- 14) **SERVICIOS SOLICITADOS:** El médico tratante deberá señalar el servicio requerido derivado de la consulta, ya sea medicamentos, estudios de laboratorio, estudios de gabinete, pase con especialista, pase a hospital u otros. (Deberá llenarse un formato para cada tipo de servicio requerido)
- 15) **CANTIDAD:** Deberá anotarse y detallarse el número de envases con las cantidades suficientes para terminar adecuadamente el tratamiento prescrito.
- 16) **MEDICAMENTOS E INDICACIONES O SERVICIO SOLICITADO:** Dependiendo de las indicaciones del médico tratante, deberá llevar la siguiente información.-
 - ✓ Medicamentos.- nombre, presentación y la concentración, así como la forma y el tiempo en que deberá tomarlo.
 - ✓ Estudios de gabinete.- nombre del estudio solicitado.
 - ✓ Estudios de laboratorio.- nombre del estudio solicitado.
 - ✓ Pase con especialista.- nombre de la especialidad a la que deberá acudir, así como, el posible diagnóstico o causa por el cual lo está canalizando.
 - ✓ Pase a hospital.- diagnóstico o causa por el cual lo está hospitalizando.

Si el derechohabiente requiere de más de uno de los conceptos antes señalados, el médico tratante deberá llenar un formato para cada uno.

- 17) **UNITARIO:** Esta información deberá ser llenada por el laboratorio o el gabinete, según sea el caso, y se indicará el costo unitario de los servicios proporcionados al Derechohabiente.
- 18) **TOTAL:** Esta información deberá ser llenada por la farmacia, el laboratorio o el gabinete, según sea el caso, y se indicará el costo total de los medicamentos o los servicios proporcionados al derechohabiente.
- 19) **OBSERVACIONES:** Aquí se deberán señalar indicaciones especiales por parte del médico tratante, como puede ser la fecha de la próxima consulta.
- 20) **FIRMA MÉDICO:** Firma del médico tratante.
- 21) **FIRMA DEL PACIENTE:** Invariablemente deberán llevar firma del paciente y/o el responsable del mismo, sin esta firma el médico tratante no podrá cobrar monto alguno.
- 22) **FIRMA DE CONFORMIDAD. SERVICIOS O MEDICAMENTOS:** Invariablemente deberán llevar firma en original del paciente y/o el responsable del mismo en la copia amarilla, al momento de recibir los medicamentos o los servicios de laboratorio o gabinete. Sin esta firma los prestadores de servicios no podrán cobrar monto alguno.

II. Autorización de hospitalización, cirugía y obstetricia.

Este formato es de uso exclusivo de los médicos que integran el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, quienes serán los que tendrán en custodia dichos formatos. Y es sólo aplicable al Plan Básico.

Este formato se usa cuando el médico tratante determine que el derechohabiente requiera hospitalización, cirugía o atención gineco obstetra.

Cuando se trata de eventos programados el médico tratante entregará este formato al paciente, quien deberá presentarlo con por lo menos tres días hábiles de anticipación a la Subdirección de Recursos Humanos para su autorización.

Cuando se trate de una urgencia, el médico tratante deberá presentar este formato junto con el informe correspondiente.

En ambos casos deberán anexar todos los resultados de todos los estudios que se hayan practicado para establecer el manejo del paciente.

Este formato, viene en original con dos copias, y su uso será el siguiente:

- ✓ El original será para el médico tratante y para efectos de que sus servicios otorgados puedan ser cubiertos por el FONDO por cuenta y orden de los derechohabientes, deberá anexar en original este formato a su recibo de honorarios.
- ✓ La copia amarilla es para el expediente médico del derechohabiente.
- ✓ La copia en color azul es para el hospital, quien la deberá anexar junto con su factura para efectos de que el FONDO pague por cuenta y orden de los derechohabientes, los servicios recibidos.

Instructivo de llenado del formato.



Autorización de Hospitalización, Cirugía y Obstetricia

PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA		FOLIO	
FAMILIAR DE		CLAVE DE IDENTIFICACIÓN		DÍA		00001	
UNIDAD ADMINISTRATIVA		CLAVE DE REGISTRO		DÍA		MES	
TITULAR <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> CIUDAD		ESPECIALIDAD		CIRUGÍA PRINCIPAL		CIRUGÍA SECUNDARIA	
ESTADOR		ESPECIALIDAD		HOSPITALIZACIÓN		CIRUGÍA	
DATOS DE HOSPITALIZACIÓN		INTERVENCIÓN / PARTO		ALTA		DÍAS HOSPITAL	
HOSPITAL		INTERVENCIÓN / PARTO		ALTA		DÍAS HOSPITAL	
HONORARIOS MÉDICO TRATANTE		INTERCONSULTA		AYUDANTÍAS		PARAMÉDICOS	
QUIRÚRGICOS \$		INTERCONSULTA \$		AYUDANTÍAS \$		PARAMÉDICOS \$	
POR VISITA HOSPITALARIA \$		INTERCONSULTA \$		AYUDANTÍAS \$		PARAMÉDICOS \$	
ANESTESIA \$		INTERCONSULTA \$		AYUDANTÍAS \$		PARAMÉDICOS \$	
TOTAL \$		INTERCONSULTA \$		AYUDANTÍAS \$		PARAMÉDICOS \$	

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

1.- CLÍNICO

2.- LABORATORIO

3.- GABINETE

4.- HISTOPATOLÓGICO

OBSERVACIONES O INDICACIONES

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE	AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO

Este formato debe ser llenado por el médico tratante, de acuerdo a lo siguiente:

- 1) **PACIENTE:** Nombre completo del paciente.
- 2) **FECHA DE NACIMIENTO:** Fecha de nacimiento del paciente.
- 3) **FAMILIAR DE:** Nombre completo del Titular.
- 4) **CLAVE DEL TITULAR:** Clave del Titular.
- 5) **CLAVE DEL DERECHOHABIENTE:** Clave de Derechohabiente que aparece en su credencial de servicios.
- 6) **UNIDAD ADMINISTRATIVA:** Indicar que se trata de pensionado (a), jubilado (a) o viuda.
- 7) **DERECHOHABIENTE:** Deberá señalar a qué tipo de derechohabiente corresponde la atención prestada.
- 8) **CIUDAD:** Localidad en la que se presta la atención.
- 9) **PRESTADOR:** Nombre completo del médico tratante.
- 10) **ESPECIALIDAD:** Especialidad del médico tratante
- 11) **FECHA:** Fecha en que se dio la atención.
- 12) **DIAGNOSTICO:** Anotar el nombre del padecimiento o causa de la atención.
- 13) **COSTO DE LA CONSULTA:** Honorarios a pagar por motivo de la consulta.
- 14) **CIRUGÍA PRINCIPAL:** Referir el nombre de la cirugía principal.
- 15) **CIRUGÍA SECUNDARIA:** Referir el nombre en caso de que exista una cirugía o procedimiento de menor importancia a la principal.

- 16) **TIPO DE SERVICIO:** Se deberá anotar el tipo de atención a que se refiere hospitalización, cirugía, complicación, reintervención, parto.
- 17) **ANESTESIA:** Se deberá anotar el tipo de anestesia que requerirá el paciente.
- 18) **AYUDANTE:** Se deberá anotar si requiere o no de ayudantes y el número de estos.
- 19) **DATOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Se deberá anotar el nombre del hospital, fecha de la intervención, la fecha de ingreso y alta, así como, días en el hospital.
- 20) **HONORARIOS:** Este espacio es de uso exclusivo de la Subdirección de Recursos Humanos; ahí se señalará el monto que se cubrirá a los médicos que intervinieron en la atención prestada.
- 21) **ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO:**
- ✓ Clínico.- Breve resumen del cuadro del paciente.
 - ✓ Laboratorio.- Estudios solicitados y los resultados de los mismos.
 - ✓ Gabinete.- Estudios solicitados y los resultados de los mismos.
 - ✓ Histopatológico.- Estudios solicitados y los resultados de los mismos.
- 22) **OBSERVACIONES:** Este espacio es para indicaciones especiales.
- 23) **FIRMA DEL MÉDICO:** Firma del médico tratante.
- 24) **FIRMA DEL PACIENTE:** Invariablemente deberán llevar firma en original y en los tres tantos del paciente y/o el responsable del mismo, sin esta firma el médico tratante no podrá realizar cobro alguno.
- 25) **AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO:**
- ✓ Médico.- Esta autorización deberá ser previo a la hospitalización, siempre y cuando no se trate de una urgencia médica y deberá incluir la firma del médico asesor.
 - ✓ Administración.- Esta autorización la dará el personal de la Subdirección de Recursos Humanos y deberá ser previo al pago.

III. Atención odontológica.

Este formato es de uso exclusivo de los odontólogos que integran el Directorio de Prestadores de Servicios de Salud, quienes serán los que tendrán en custodia dichos formatos. Aplicable sólo a Plan Básico.


Este formato se usa una vez que el odontólogo tratante revisa al derechohabiente y determina qué tipo de atención requiere, señalando para ello las piezas que se deban atender y los materiales que va a usar.

El odontólogo tratante entregará este formato al paciente, quien deberá presentarlo a la Subdirección de Recursos Humanos, para su autorización.

Este formato, viene en original con dos copias, y su uso será el siguiente:

- ✓ El original será para el odontólogo tratante y para efectos de que sus servicios otorgados puedan ser cubiertos por el FONDO por cuenta y orden de los derechohabientes, deberá anexar en original este formato a su recibo de honorarios.
- ✓ La copia amarilla es para el expediente médico del derechohabiente.
- ✓ La copia en color azul, se quedará con ella el derechohabiente.

Instructivo de llenado del formato.



FIDEICOMISOS INSTITUIDOS EN RELACION CON LA AGRICULTURA

Atención Odontológica

PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA		FOLIO	
FAMILIAR DE 1		CLAVE DE 2		11		00001	
UNIDAD ADMINISTRATIVA 3		DIRECCIÓN HABIENTE 5		DIAGNÓSTICO 11		MOTIVO DE LA CONSULTA	
TITULAR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> PADRE 4		CIUDAD 6		DIAGNÓSTICO SECUNDARIO 12			
PROFESOR 7		ESPECIALIDAD 8		COSTO 13		CONSULTA	
MEDICAMENTO 9		ESTUDIOS DE LABORATORIO		FECHA INICIO 14		TERMINO	
PASE CON ESPECIALIDAD 15		ESTUDIOS DE GABINETE		DÍAS		MES	
		OTROS EST 10		AÑO		AÑO	

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	16
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CLAVE	CONCEPTO	NO. DE PIEZAS	CANTIDAD DE PIEZAS	COSTO UNITARIO	TOTAL
01	CONSULTA SIN TRATAMIENTO				
02	OBTURACIÓN DE AMALGAMA				
03	OBTURACIÓN DE RESINA				
04*	RESINAS FOTOCURABLES				
05	INCRUSTACIÓN				
06	INCRUSTACIÓN PIVOTADA (ALBACAST)				
07	ENDOPUESTOS				
08	PINTS				
09*	PRÓTESIS REMOVIBLE EN CROMO COBALTO (POR UNIDAD)				
10*	PRÓTESIS TOTAL EN ACRILICO ROSA SUPERIOR O INFERIOR				
11*	PRÓTESIS PARCIAL ACRILICO (POR UNIDAD)				
13	CORONA DE ACERO CROMO (POR UNIDAD)				
19*	CORONA DE POLICARBONATO (POR UNIDAD)				
20	CORONA O JACKET DE ACRILICO PROCESADO (POR UNIDAD)				
29*	CORONA DE METAL PORCELANA (POR UNIDAD)				
30*	CORONA TOTAL EN ALBACAST				
38*	CORONA ONLAY				
45	PULPECTOMIA				
49	PULPECTOMIA ANTERIORES				
50	PULPECTOMIA PREMOLARES				
56	PULPECTOMIA MOLARES				
57	CURACIÓN				
58	DEBRIDACIÓN DE ABSCESO				
59	EXTRACCIÓN NORMAL				
60	EXTRACCIÓN DE DIENTES INCLUIDOS (CADA UNO)				
66	APICECTOMIA				
67	PROFILAXIS				
68	APLICACIÓN DE FLÚOR Y PROFILAXIS				
69	CURETAJE CERRADO TOTAL				
70	CURETAJE ABIERTO (POR CUADRANTE)				
76	GINGIVOPLASTIA (POR CUADRANTE)				
77	ALVEOLECTOMIA (POR CUADRANTE)				
78	TRATAMIENTO DE PERICORONITIS				
79	TRATAMIENTO PARODONTAL (POR CUADRANTE)				
80	ALARGAMIENTO DE CORONA				
86	RADIOGRAFIA PERIAPICAL (POR UNIDAD)				
87	RADIOGRAFIA ALETA DE MORDIDA (POR UNIDAD)				
89	RADIOGRAFIA OCLUSAL (POR UNIDAD)				
90	SERIE RADIOGRAFICA PERIAPICAL (10 A 14)				
91*	GUARDA OCLUSAL				
92*	REPONER O CAMBIO DE ACRILICA (POR UNIDAD)				
93*	REPONER GANCHO				
94*	REBASE TOTAL				
SUMA TOTAL					

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE 19	MA 20	UNIDAD 22	ITE	AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO
23	24	25		
AL CONCLUIR EL TRATAMIENTO		MÉDICO	ADMINISTRACIÓN	

*CONCEPTOS EXCLUSIVOS PARA EMPLEADOS JUBILADOS

Este formato debe ser llenado por el odontólogo tratante, de acuerdo a lo siguiente:

- 1) **PACIENTE:** Nombre completo del paciente.
- 2) **FECHA DE NACIMIENTO:** Fecha de nacimiento del paciente.
- 3) **FAMILIAR DE:** Nombre del Titular.
- 4) **UNIDAD ADMINISTRATIVA:** Indicar que se trata de pensionado (a), jubilado (a) o viuda.
- 5) **CLAVE DEL TITULAR:** Clave de empleado del Titular.
- 6) **CLAVE DEL DERECHOHABIENTE:** Clave de derechohabiente que aparece en su credencial de servicios.
- 7) **DERECHOHABIENTE:** Deberá señalar a qué tipo de derechohabiente corresponde la atención prestada.
- 8) **CIUDAD:** Localidad en la que se presta la atención
- 9) **PRESTADOR:** Nombre completo del médico tratante.
- 10) **ESPECIALIDAD:** Especialidad del médico tratante
- 11) **FECHA:** Fecha en que se dio la atención.
- 12) **DIAGNOSTICO PRINCIPAL O MOTIVO DE LA CONSULTA:** Anotar el nombre del padecimiento o causa de la atención.
- 13) **DIAGNOSTICO SECUNDARIO:** La causa o mal secundario que lo llevo a la atención.
- 14) **COSTO DE LA CONSULTA:** Honorarios a pagar por motivo de la consulta.
- 15) **SERVICIOS SOLICITADOS:** Deberá señalar el servicio requerido ya sea medicamentos, estudios de laboratorio, estudios de gabinete, pase con especialista, pase a hospital u otros. (Deberá llenarse un formato para cada tipo de servicio requerido)
- 16) **PIEZAS DENTALES:** Se representan las piezas dentales, por lo que aquí deberá señalarse la cara de todas y cada una de las piezas que serán atendidas.
- 17) **CONCEPTO:** Es la relación de conceptos autorizados.
- 18) **NÚMERO DE PIEZAS:** Deberá anotarse el número de pieza, de acuerdo a lo señalado en el numeral 17.
- 19) **CANTIDAD DE PIEZAS:** Deberá anotarse la cantidad de piezas que serán atendidas.
- 20) **COSTO UNITARIO:** Esta información deberá ser llenada por la Subdirección de Recursos Humanos, y se indicará el costo unitario de los servicios solicitados.

- 21) **TOTAL:** Esta información deberá ser llenada por la Subdirección de Recursos Humanos, y se indicará el costo total de los servicios solicitados.
- 22) **FIRMA DEL MÉDICO:** Firma del odontólogo tratante.
- 23) **FIRMA DEL PACIENTE:** Invariablemente deberán llevar firma en original y en los tres tantos del paciente y/o el responsable del mismo, lo anterior, al concluir el tratamiento; sin esta firma el odontólogo tratante no podrá cobrar monto alguno.
- 24) **AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO:**
- ✓ Médico.- Invariablemente deberá venir la firma de los médicos evaluadores de la Subdirección de Recursos Humanos.
 - ✓ Administración.- Esta autorización la dará el personal de la Subdirección de Recursos Humanos y deberá ser previo al pago.

IV. Autorización de terapias.

Este formato es de uso exclusivo de los médicos evaluadores de la Subdirección de Recursos Humanos, quienes serán los que tendrán en custodia dichos formatos. Y aplica a cualquier Plan de Beneficios de Salud.

Este formato se usa cuando un médico tratante (traumatólogo, reumatólogo o neurólogo o neurocirujano) sugiere una terapia al paciente, para lo cual deberá presentar un informe señalando el diagnóstico y las causa que requiera que se atiendan en la unidad de evaluación.

Posteriormente, el terapeuta deberá emitir un informe que detalle el diagnóstico, plan de manejo, objetivo del manejo y duración del mismo. Autorizándose un máximo de 10 sesiones por periodo hasta por tres periodos, pudiendo el FONDO a través de la Subdirección de Recursos Humanos, extender estos periodos.

Tratándose de terapias psicológicas, deberá observarse lo señalado en el artículo 35 del presente Reglamento.

Este formato, viene en original con dos copias, y su uso será el siguiente:

- ✓ El original será para el terapeuta tratante y para efectos de que los servicios otorgados puedan ser cubiertos por el FONDO por cuenta y orden de los derechohabientes, deberá anexar en original este formato a su recibo de honorarios.
- ✓ La copia amarilla es para el expediente médico del derechohabiente.
- ✓ La copia en color azul, se quedará con ella el derechohabiente.

Instructivo de llenado del formato.

FIRA
FIDEICOMISOS INSTITUIDOS EN RELACION CON LA AGRICULTURA

Autorización de Terapias

PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA 3	AUTORIZACIÓN
FAMILIAR DE 1		CLAVE DEL T 2		CLAVE	00001
UNIDAD ADMINISTRATIVA 4	CIUDAD	CLAVE DERECHOHABIENTE 5		TITULAR <input type="checkbox"/> CON <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>	
PRESTADOR 7	TO 10	NO. DE SES 6		PERIODO	FRECUENCIA
					COSTO UNITARIO 11
					TOTAL 17
OBSERVACIONES: 12		13		14	15
				16	17
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE 19	FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE 20	AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO 18		21	
AL CONCLUIR EL TRATAMIENTO		MÉDICO		ADMINISTRACIÓN	

Este formato debe ser llenado por los médicos evaluadores de la Subdirección de Recursos Humanos, de acuerdo a lo siguiente:

- 1) **PACIENTE:** Nombre completo del paciente.
- 2) **FECHA DE NACIMIENTO:** Fecha de nacimiento del paciente.
- 3) **FECHA:** Fecha en que se dio la atención.
- 4) **FAMILIAR DE:** Nombre completo del Titular.
- 5) **CLAVE DEL TITULAR:** Clave del Titular.
- 6) **CLAVE DEL DERECHOHABIENTE:** Clave de derechohabiente que aparece en su credencial de servicios.
- 7) **UNIDAD ADMINISTRATIVA:** Indicar que se trata de pensionado (a), jubilado (a) o viuda.
- 8) **PRESTADOR:** Nombre completo del médico tratante.
- 9) **CLAVE:** Deberá señalar a qué tipo de derechohabiente corresponde la atención prestada.
- 10) **CIUDAD:** Localidad en donde se presta la atención.

- 11) **ESPECIALIDAD:** Especialidad del médico tratante
- 12) **CONCEPTO:** Tipo de terapia.
- 13) **NO. DE SESIONES:** Anotar el número de sesiones que se autorizan.
- 14) **PERIODO:** Fecha de inicio y terminación de la terapia.
- 15) **FRECUENCIA:** Indicar cuántas sesiones se deberá realizar por un tiempo determinado, por ejemplo, una sesión por semana.
- 16) **COSTO UNITARIO:** se indicará el costo unitario de los servicios solicitados.
- 17) **TOTAL:** se indicará el costo total de los servicios solicitados.
- 18) **OBSERVACIONES:** Este espacio es para indicaciones especiales.
- 19) **FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:** Firma del terapeuta.
- 20) **FIRMA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE:** Invariablemente deberán llevar firma en original y en los tres tantos del paciente y/o el responsable del mismo, lo anterior, al concluir el tratamiento; sin esta firma el terapeuta tratante no podrá cobrar monto alguno.
- 21) **AUTORIZACIÓN SERVICIO MÉDICO:**
 - ✓ Médico.- Invariablemente deberá venir la firma de los médicos evaluadores de la Subdirección de Recursos Humanos.
 - ✓ Administración.- Esta autorización la dará el personal de la Subdirección de Recursos Humanos y deberá ser previo al pago.

ANEXO 7

REQUISITOS PARA EL REGISTRO DE PADRES EN EL SERVICIO MÉDICO INSTITUCIONAL

Para evaluar la procedencia del otorgamiento de los servicios de salud, el Titular deberá proporcionar lo siguiente:

- Solicitud con formato libre.
- Cuestionario de Servicio Médico a Padres.
- Y anexar la siguiente documentación, según corresponda:
 - a) Copia de credencial de elector.
 - b) Recibos de sueldo de los últimos 2 meses (4 recibos) del solicitante.
 - c) Recibos del PEA de los últimos 2 meses (2 recibos) del solicitante.
 - d) Estado de cuenta del Fondo Individual de Pensiones (reciente) del solicitante.
 - e) Copias simples de comprobantes de pago (recientes) de:
 - 1) Agua.
 - 2) Luz.
 - 3) Predial.
 - 4) Teléfono.
 - 5) Gas.
 - 6) Sistema de televisión de paga.
 - 7) Colegiaturas.
 - 8) Otros.
 - 9) Comprobante de ingresos del esposo o del cónyuge.
 - 10) Identificación del esposo o cónyuge.
 - f) Copia simple y original para cotejo de (en caso de que les aplique):
 - 1. Acta de nacimiento de los padres.
 - 2. Acta de matrimonio de los padres.
 - 3. Acta de defunción de su padre/madre.
 - 4. Actas de divorcio.
 - 5. Constancia de soltería.

6. Copia de credencial de elector.

g) Copia simple.

1. CURP de sus padres.

2. Credencial de elector.

h) Constancia de vigencia de derechos ante el IMSS e ISSSTE de las personas que desean registrar.

i) Carta suscrita por el o la Titular manifestando la situación laboral de la persona a quien pretende registrar.

j) Copia de los comprobantes de ingresos (pensión).

k) Copia de los comprobantes de ingresos (hermanos).

Además, los Titulares deberán proporcionar al FONDO, en forma completa y veraz, toda la documentación e información adicional que en su caso le sea requerida, respecto de las personas que pretendan registrar.

Consideraciones:

- Si durante la evaluación de la solicitud se determina que hubo inconsistencia de datos, la solicitud será rechazada y el Titular podrá presentar una nueva solicitud una vez que transcurran dos años.
- Cuando los padres que ya fueron registrados sean dados de baja por no cumplir con algún requisito que se indique en la normativa vigente, el Titular podrá presentar una nueva solicitud y esta será evaluada conforme a la norma aplicable al momento de la solicitud.
- Una vez que el Titular entregue toda la documentación requerida, se iniciará el proceso de evaluación, dicha evaluación no es pública, solo se informará al Titular si la solicitud fue autorizada o rechazada.