



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado



FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

FECHA: _____

I.- DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	R.F.C
Domicilio _____			
Colonia:	Municipio:	C.P.	
Estado:	Teléfono:		

NOMBRE DEL PROMOVENTE:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Domicilio _____		
Colonia:	Municipio:	C.P.
Estado:	Teléfono:	

NOMBRE DEL PACIENTE:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Edad
Domicilio _____			
Colonia:	Municipio:	C.P.	
Estado:	Teléfono:		

Cantidad Solicitada: \$ _____
(cantidad en número)

(cantidad en letra)



III.- PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA UNIDAD RECEPTORA

3.1 TALÓN DE PAGO O RECIBO DE NÓMINA EXPEDIDO POR LA DEPENDENCIA CORRESPONDIENTE A LA FECHA DE LOS HECHOS O DOCUMENTO QUE ACREDITE VIGENCIA DE DERECHOS ANTE EL INSTITUTO

3.2 EN CASO DE ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA TALONES DE PAGO DE SEIS MESES ANTERIORES AL PARTO

3.3 SI EL SERVICIO MÉDICO FUE PARA UNO O MÁS BENEFICIARIOS, DOCUMENTO CON EL QUE ACREDITE QUE SE ENCONTRABAN REGISTRADOS Y VIGENTES SUS DERECHOS EN LA FECHA DE LOS HECHOS MOTIVO DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO.

3.4 RESUMEN DEL MÉDICO PARTICULAR QUE HAYA ANTÉDIDO AL PACIENTE Y QUE CONTENGA:

FECHA, HORA Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE AL INGRESO

FECHA, HORA Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL EGRESO

TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

3.5 EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA UNIDAD MEDICA EXTRAINSTITUCIONAL, EN CASO DE CONTAR CON EL.

ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA ATENCION MEDICA EXTRAINSTITUCIONAL

DE LABORATORIO

DE GABINETE

HISTOPATOLÓGICO, ETC.

3.6 FACTURAS Y/O RECIBOS DE HONORARIOS ORIGINALES QUE COMPRUEBEN LA CANTIDAD CUYO REEMBOLSO SOLICITA QUE REUNAN REQUISITOS FISCALES, ACOMPAÑADOS DE LA DESCRIPCIÓN Y DESGLOSE CORRESPONDIENTE DE LOS CONCEPTOS AMPARADOS EN DICHOS DOCUMENTOS.

3.7 DOCUMENTO QUE ACREDITE SER EL BENEFICIARIO ANTE EL INSTITUTO Y/O NOMBRAMIENTO DE HEREDERO MEDIANTE RESOLUCION DE AUTORIDAD JURISDICCIONAL

3.8 CARTA PODER O DOCUMENTO NOTARIAL EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL.

IV.- UNIDAD RECEPTORA _____

NOMBRE DE LA PERSONA RECEPTORA: _____

PUESTO: _____

Nº DE EMPLEADO: _____

SELLO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE