



Comisión Federal de Electricidad

COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD
GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS
SUBGERENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

**SOLICITUD DE REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS PARTICULARES
(DEFICIENCIA DEL IMSS O PRESTACIÓN EXCEDENTE)**

DATOS DEL TRABAJADOR Y/O PACIENTE (BENEFICIARIO)

NOMBRE DEL TRABAJADOR _____

ADSCRIPCIÓN _____ R.P.E. _____

NUMERO DE AFILIACIÓN _____ U.M.F. No. _____

TEL. OFICINA _____ EXT. _____ TEL. DOM. _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ No.CELULAR _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOMICILIO _____

CANTIDAD SOLICITADA \$ _____

EN UNA HOJA BLANCA, POR SEPARADO DEBERÁ REALIZAR UNA DESCRIPCIÓN CLARA Y DETALLADA DE LA FORMA EN QUE SUCEDIERON LOS ACONTECIMIENTOS QUE MOTIVARON EL REEMBOLSO, INDICANDO: CLÍNICA Y/O HOSPITALES INVOLUCRADOS Y SERVICIOS EN DONDE SE PRESENTARON LOS HECHOS. ANOTANDO TAMBIÉN FECHA Y HORA EN QUE SUCEDIÓ LA DEFICIENCIA, ASÍ COMO LAS PERSONAS Y LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS. (ANEXAR LAS HOJAS NECESARIAS).

INDICAR LA DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA (COPIAS FOTOSTÁTICAS):

- CARNET DE CITAS DEL I.M.S.S.
- CERTIFICADO MÉDICO PARTICULAR (NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ PRESENTARSE EN ORIGINAL)
EN HOJA MEMBRETADA Y CON NÚM. DE REGISTRO DE PROFESIONES DEL MÉDICO TRATANTE, FECHA Y HORA DE ATENCIÓN INICIAL, LAS CONDICIONES CLÍNICAS EN QUE LLEGÓ, DIAGNÓSTICO DE CERTEZA, TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, EVOLUCIÓN, FECHA Y HORA DE ALTA Y ESTADO ACTUAL.
SI ES ATENCIÓN DE PARTO, ANOTAR: FECHA Y HORA DEL MISMO, INDICANDO SUS CARACTERÍSTICAS Y LAS DEL PRODUCTO (TALLA, PESO, EDAD FETAL, APGAR, ETC.), UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE.
- EXPEDIENTE CLÍNICO PARTICULAR Y DEL I.M.S.S., SI ES QUE TIENE EN SU PODER ESTE ÚLTIMO.
- EXÁMENES DE LABORATORIO DEL MÉDICO PARTICULAR Y DEL I.M.S.S., SI ES QUE TIENE EN SU PODER ESTE ÚLTIMO.
- PLACAS DE RAYOS X, ULTRASONIDO Y DE TOMOGRAFÍA DEL MÉDICO PARTICULAR Y DEL I.M.S.S., SI ES QUE TIENE EN SU PODER ESTE ÚLTIMO.
- EN CASO DE QUE LE HAYAN REALIZADO CIRUGÍA, ANEXAR EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.
- RECETAS PARTICULARES Y/O DEL IMSS.
- PASE OTORGADO EN SU CLÍNICA PARA OTRAS UNIDADES MÉDICAS DEL I.M.S.S.
- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (SOLO EN CASO DE FALLECIMIENTO).
- FACTURAS Y RECIBOS DE HONORARIOS DE LOS GASTOS MÉDICOS, A NOMBRE DE CFE (IMPRESAS Y EN ARCHIVOS ELECTRÓNICOS PDF Y XML)
- COPIA DEL GAFETE.
- COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (INE)
- OTROS (ESPECIFICAR): _____

NOTA: SI LA SOLICITUD RESULTA PROCEDENTE, LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA PASARÁ A SER PROPIEDAD DEL IMSS.

Elaboró

Revisó

Nombre y firma del solicitante

Médico Supervisor