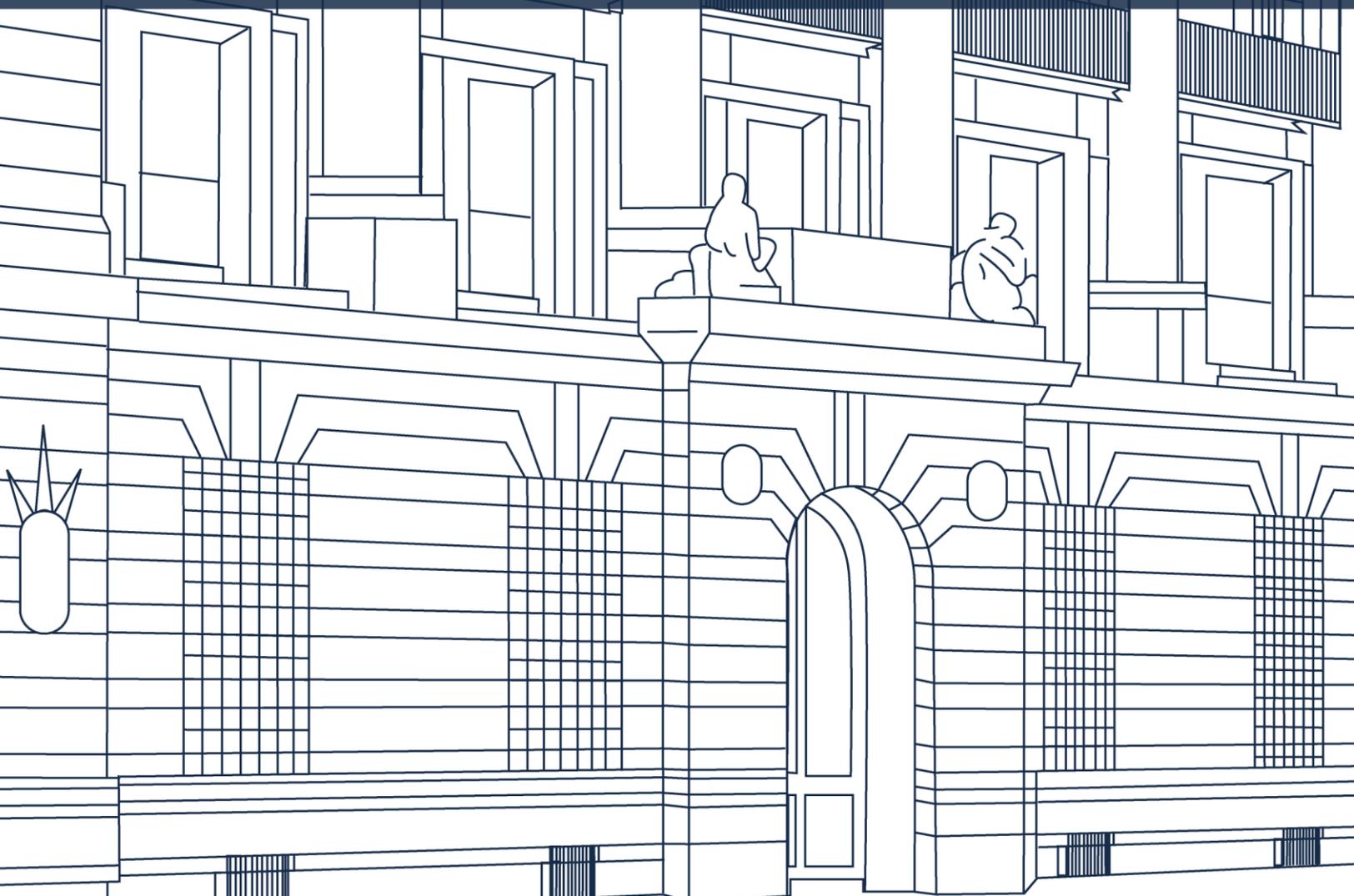




BANCO DE MÉXICO

PLAN 3
MANUAL DEL DERECHO HABIENTE



Contenido

Introducción.....	1
Consideraciones sobre el Plan de Beneficios	2
Coberturas.....	3
Consulta Externa.....	3
Médicos de primer contacto	4
Consultorios Médicos Institucionales	4
Consultorios Periféricos.....	5
Nutrición.....	5
Consulta en Domicilio	6
De los Medicamentos en Farmacias	7
Productos Autorizados	7
Productos que requieren Autorización	7
Productos No Autorizados	7
Elementos de Diagnóstico	8
Laboratorio y Gabinete	8
Hospitalización	10
Atención Programada y Corta Estancia	10
Psiquiátrica	12
Casa de Medio Camino.....	12
Planificación Familiar y Atención Materno-Infantil.....	13
Planificación Familiar	13
Inducción de la Ovulación	13
Maternidad.....	14
Atención del Recién Nacido	14
Rehabilitación	16
Terapia Física.....	16
Terapia de Neurodesarrollo y/o Lenguaje	17
Terapias Psicológicas	18
Terapias Psiquiátricas	19
Escuela de Educación Especial.....	20
Servicios Dentales.....	22
Urgencias Médicas y Ambulancias.....	24
Urgencias Médicas	24

Ambulancia	25
Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo de Apoyo	26
Prótesis	26
Aparatos Ortopédicos	26
Equipo de Apoyo	26
Medicina Preventiva	28
Esquemas de prevención y bienestar	28
"Check-up"	28
Vacunas.....	29
Vacunas Alergológicas.....	29
Enfermería, Cuidadores y Casas de Medio Camino	31
Enfermería en domicilio	31
Cuidador Especial	32
Casas de Asistencia Médica.....	32
Otros Beneficios.....	33
Anteojos o Lentes de Contacto.....	33
Auxiliar Auditivo.....	33
Servicios de Cesación del Hábito Tabáquico.....	34
Tratamientos Especiales.....	35
Reembolso.....	36
Requisitos	36
Deducible y coaseguro	36
Centro de Atención Telefónica (CAT).....	37
Quejas.....	38
Documentos Complementarios	39

Introducción

En términos de lo dispuesto en los artículos 1, 40 y 41 del Reglamento del Servicio Médico (RSM en lo sucesivo) del Banco de México, el presente Manual describe los procedimientos que deben seguir los derechohabientes pertenecientes al Plan de Beneficios denominado 3, para que de manera oportuna tengan acceso a los servicios previstos en el citado Reglamento, así como para que conozcan el correcto uso de las prestaciones médicas en apego al marco normativo aplicable.

A fin de conocer las coberturas, beneficios, requisitos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este Plan de Beneficios, la lectura del presente Manual deberá realizarse de manera complementaria a lo previsto en las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México, el Reglamento del Servicio Médico del Banco de México, así como las disposiciones de carácter general e instructivos que el propio Banco emita, sobre los términos y condiciones para la utilización del Servicio Médico.

Consideraciones sobre el Plan de Beneficios

1. Las definiciones y conceptos establecidos en el artículo 2 del Reglamento del Servicio Médico del Banco de México son aplicables al presente Manual en los mismos términos y en lo que resulte aplicable a este Plan de Beneficios.

2. Los derechohabientes de este Plan de Beneficios participan en el costo de las atenciones recibidas de conformidad a los porcentajes de Copago establecidos en el Anexo 1 del Reglamento. Los importes de Copagos son descontados vía nómina del salario o de la pensión, o bien, a través de cualquier otra cantidad de la que se puedan recuperar dichos importes, conforme a lo dispuesto en el Reglamento del Servicio Médico del Banco de México y las disposiciones legales aplicables.

3. La solicitud para que un Titular pueda cambiar de Plan de Beneficios deberá realizarse a través del apartado de Asistencia Médica y Prevención Familiar o bien, consultar **el Instructivo Cambio de Plan de beneficios**, publicado en el Web Interno o en la página de Comunidad Banxico, en términos de periodos y condiciones indicadas en el Reglamento del Servicio Médico del Banco de México.

4. Los Derechohabientes que reciban Servicios Médicos por Prestadores fuera de Red, podrán solicitar el reembolso respectivo, para lo cual el Titular deberá apegarse a los lineamientos establecidos en la guía denominada **Procedimiento para tramitar un reembolso** y a los **Costos de Referencia** los cuales se encuentran publicados en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

5. El límite anual de desembolso por Copagos incluye el Impuesto al Valor Agregado (IVA), el cual aplica en función al grupo familiar y al año calendario, por lo que conforme a lo establecido en el Reglamento, la acumulación de Copagos se realizará por servicios de medicamentos en farmacia y rehabilitación física.

Salvo lo previsto en el párrafo último del artículo 47 del Reglamento, en caso de que se alcance el límite máximo de desembolso, el Titular quedará exento de realizar copagos adicionales en los conceptos anteriores por el resto del año calendario, el cual inicia el 1 de enero y concluye el 31 de diciembre.

6. La Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación para acceder a los servicios médicos, son instrumentos personales e intransferibles. Al registrarse algún cambio de Plan de Beneficios, las Credenciales de Servicios tanto de la persona titular como sus derechohabientes registrados, deberán ser sustituidas por unas nuevas que contendrán el Plan de Beneficios vigente, mientras que las anteriores deberán ser devueltas en el mismo momento en que sean entregadas las nuevas. En caso de no devolver las credenciales, el importe de éstas será a cargo del Titular. Para mejor referencia consultar el **Instructivo Credencial de Servicios** publicado en el Web Interno o en la página de Comunidad Banxico.

Coberturas

Consulta Externa

RSM artículos 65 y 66

Los Derechohabientes de este Plan de Beneficios tienen acceso de forma directa a consulta con médicos de cualquier especialidad, dentro o fuera de la Red de Prestadores, sin necesidad de contar con un Pase a Especialidad.

Los servicios que reciban los Derechohabientes, que acudan con los Médicos incluidos en el Directorio correspondiente a este Plan de Beneficios y se identifiquen con su Credencial de Servicios, serán cubiertos de manera directa por el Banco, por lo que una vez que se realice el pago de dichos servicios, será cuando se aplique el descuento al Titular del importe de Copago que resulte procedente.

El procedimiento para recibir una consulta médica se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Concertar una cita con el Prestador del Directorio de este Plan de Beneficios.
2. Acudir a la cita en la fecha y hora señalada para la consulta médica. En caso de no poder asistir, dar aviso al médico, de preferencia con al menos 24 horas previas a su cita.
3. Presentar al prestador de servicios la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
4. Recibir la consulta o valoración médica.
5. Verificar que el formulario de Consulta Externa que expida el Prestador de Servicios Médicos se encuentre sin tachaduras y debidamente cumplimentado con la información personal y de identificación que como Derechohabiente corresponda, de lo contrario, solicitar la sustitución del mismo.
6. Firmar de conformidad en la sección establecida para ello el formulario de Consulta Externa por el servicio recibido, una vez que éste haya concluido.

Prestador fuera de Red

1. Concertar una cita con el Prestador Médico de su elección.
2. Acudir a la cita en la fecha y hora señalada para la consulta médica.
3. Recibir la consulta o valoración médica.
4. Pagar directamente al Prestador el servicio de consulta.
5. Solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su Registro Federal de Contribuyente (RFC), y en su caso, la dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.

6. Gestionar el Reembolso del costo del servicio recibido, conforme a la guía denominada ***Procedimiento para tramitar un reembolso.***

Médicos de primer contacto

RSM artículo 53

Los médicos de primer contacto son los encargados de brindar la atención de la mayoría de los padecimientos de salud, así como de dar seguimiento integral al estado de salud de los Derechohabientes, incluyendo los esquemas de medicina preventiva que el Banco establece.

Cuando los Derechohabientes desconozcan el tipo de especialidad médica apropiada para atender su padecimiento, se recomienda asistir con alguno de los médicos de primer contacto, quien le podrá brindar seguimiento a su estado de salud en forma integral y canalizarlo con un médico especialista cuando realmente se requiera.

La red de médicos de primer contacto está integrada por:

- a) Médicos Generales.
- b) Médicos Homeópatas.
- c) Médicos Familiares.
- d) Médicos Pediatras (para Derechohabientes menores de dieciocho años de edad).
- e) Médicos Internistas (para Derechohabientes a partir de los dieciocho años de edad).
- f) Médicos Geriatras (para Derechohabientes a partir de los sesenta años de edad).

Consultorios Médicos Institucionales

Existen consultorios ubicados en algunas instalaciones del Banco, que proporcionan exclusivamente a los trabajadores los siguientes servicios:

- a) Atención de urgencias.
- b) Actividades relacionadas con asuntos de medicina laboral.
- c) Apoyo en campañas de vacunación.
- d) Revisiones médicas periódicas.
- e) Actividades de medicina preventiva y bienestar.
- f) Control y aclaración de asuntos relacionados con las incapacidades médicas. Para mayor detalle sobre el proceso de incapacidades, dirigirse al ***Instructivo - Gestión de incapacidades médicas para laborar.***

Los médicos ubicados en estos consultorios están enfocados principalmente a la atención de urgencias médicas reales, derivadas de enfermedad general o riesgos de trabajo, y a la promoción de acciones preventivas y bienestar, sin embargo, cuando su capacidad de operación lo permita, podrán brindar atención a urgencias sentidas.

Es conveniente destacar que los médicos de los Consultorios Médicos Institucionales, no podrán realizar transcripciones de recetas y/o formularios de Consulta Externa (vencidos o llenados incorrectamente por prestadores del Directorio) para surtido de medicamentos o para la realización de estudios de laboratorio o gabinete, ni extender ningún Pase a Especialidad.

Consultorios Periféricos

En los Consultorios Periféricos se ubican médicos de primer contacto habilitados por el servicio médico del Banco de México para realizar las siguientes funciones:

- a) Brindar consultas médicas.
- b) Atender casos de urgencia, sin necesidad de tener una cita.
- c) Otorgar incapacidades, en caso de ser necesario.
- d) Aplicación de vacunas como parte de las campañas institucionales para inmunización de Derechohabientes.

Nutrición

RSM artículos 129, fracción XI y 135, fracción IV.

Los Derechohabientes que derivado de su condición de salud requieran ser atendidos por un Licenciado en Nutrición o especialista Endocrinólogo, podrán acudir libremente a consultas de nutrición con Prestadores incluidos en el Directorio de este Plan de Beneficios, o con cualquier otro Licenciado en Nutrición o especialista Endocrinólogo de su elección.

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 Banco, para lo cual deberá enviar al correo atencionmedica@banxico.org.mx el formulario de Consulta Externa y un informe médico.

En el caso en que un Derechohabiente decida realizar cambio de Licenciado en Nutrición como tratante, deberá notificarlo al servicio médico del Banco enviando al correo atencionmedica@banxico.org.mx el **Formato de solicitud de cambio de nutriólogo**, el cual se encuentra disponible para su correcto llenado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Consulta en Domicilio

RSM artículo 137

Los Derechohabientes que cumplan con los criterios médicos de elección para recibir consultas en domicilio, podrán ser atendidos con un médico especialista en Geriátría fuera de Red de su elección, o bien, solicitar ser asignados con un médico especialista del Directorio de este Plan de Beneficios, quien será el responsable de brindar este tipo de servicio y de dar cuidado a su condición de salud.

En aquellos casos en los que exista una condición de morbilidad que justifique la necesidad de continuar con la atención, podrá otorgarse un número mayor de consultas al **máximo de seis al año previsto en el Reglamento.**

Las consultas a domicilio no aplican para atención de urgencias médicas.

De los Medicamentos en Farmacias

RSM Capítulo XII

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para surtir sus medicamentos y/o material de curación, es el que se describe en la Guía del usuario denominada **Esquemas de surtido de medicamentos**, la cual se encuentra publicada en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Productos Autorizados

Son aquellos productos contenidos en el **Cuadro Institucional de Medicamentos** que pueden surtirse sin necesidad de contar con un número de autorización.

Productos que requieren Autorización

Son aquellos productos contenidos en el **Cuadro Institucional de Medicamentos** que cuando son prescritos por Médicos de Red, previo a poder surtirlos en farmacias de Red, requieren de un número de autorización emitido por el servicio médico del Banco, mismo que deberá solicitarse al Centro de Atención Telefónica.

En el caso de que este tipo de medicamentos sean adquiridos directamente por los Derechohabientes, al momento de solicitar el Reembolso, deberá incluir la receta en donde se identifique la fecha de expedición, el nombre del paciente, el diagnóstico, la presentación y unidad de concentración del medicamento, la duración y periodicidad del tratamiento, así como el nombre del especialista que lo está prescribiendo.

Es conveniente mencionar que en aquellos casos en los que el **Cuadro Institucional de Medicamentos** lo establece, previo al otorgamiento del número de autorización cuando el surtido sea dentro Red, o bien previo a su reembolso cuando el surtido haya sido fuera de Red, el Derechohabiente deberá enviar a la Unidad Administrativa que el Banco determine, un informe emitido por el médico tratante, en donde se describan los motivos por los cuales se está prescribiendo ese medicamento en específico.

Productos No Autorizados

Los productos que no se encuentren en el **Cuadro Institucional de Medicamentos**, no podrán ser surtidos ni reembolsados a los Derechohabientes, por parte del Banco de México.

Para mayor detalle de la manera como se opera el surtido de productos en farmacias, consultar la Guía del usuario denominada **Esquemas de surtido de medicamentos**, la cual se encuentra publicada en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Elementos de Diagnóstico

RSM Capítulo X

Laboratorio y Gabinete

RSM artículos 70 y 71

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para realizarse los estudios de laboratorio y gabinete, es el descrito a continuación:

Prestador dentro de Red

En esta modalidad, los pasos siguientes únicamente aplican cuando se cuente con un formulario de Consulta Externa expedido por un Prestador de la Red, el cual tendrá una **vigencia de tres meses** a partir de su expedición. En caso de que el documento haya expirado, éste no podrá ser utilizado para la realización de los estudios.

1. Acudir con el médico tratante, para que expida la prescripción respectiva al derechohabiente mediante el formulario de Consulta Externa.
2. Verificar que el formulario de Consulta Externa que expida el Prestador se encuentre sin tachaduras o enmendaduras, y debidamente cumplimentado con la información personal y de identificación que como derechohabiente corresponda, de lo contrario, solicitar la sustitución del mismo.
3. Revisar el **Instructivo de Autorizaciones Médicas**, a fin de que en caso de que el estudio requiera autorización previa a su realización, proceder a gestionar la obtención de la misma.
4. Elegir un laboratorio o gabinete del Directorio de este Plan de Beneficios.
5. Confirmar con el Prestador que el estudio se encuentra vigente en su convenio suscrito con el Banco, y de ser así, concertar directamente una cita.
6. Preguntar por los requisitos y las condiciones que deben cumplirse para recibir los servicios solicitados.
7. Asistir puntual a la cita en las condiciones adecuadas para recibir el servicio.
8. Presentar el formulario de Consulta Externa expedido por el médico tratante.
9. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
10. Firmar de conformidad el formulario de Consulta Externa en la sección destinada para ello, avalando la recepción del servicio, una vez que éste haya concluido.

Prestador fuera de red

1. Acudir con el médico tratante para que expida la prescripción respectiva al derechohabiente.
2. Concertar directamente una cita con el Prestador de Servicios.
3. Preguntar por los requisitos y las condiciones que deben cumplirse para recibir los servicios solicitados.

4. Asistir puntual a la cita en las condiciones adecuadas para recibir el servicio.
5. Pagar directamente al Prestador una vez que haya concluido la realización del estudio.
6. Solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
7. Gestionar el Reembolso, para lo cual deberá anexarse el Comprobante y la prescripción médica que indique el tipo de estudio, sus características, el nombre del paciente, la fecha de expedición, el diagnóstico y el nombre del especialista que lo está prescribiendo.

Para mayor detalle sobre el proceso de autorización de estudios de laboratorio y gabinete, referirse a la guía denominada ***Procedimiento para tramitar un reembolso***.

Hospitalización

RSM Capítulo XI

Este servicio se brinda para atender los casos en que debido a la naturaleza del padecimiento o del tratamiento, se requiera que el Derechohabiente sea internado en una institución hospitalaria.

Atención Programada y Corta Estancia

RSM artículo 72

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de hospitalización programada o de corta estancia, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Elegir un hospital del Directorio de este Plan de Beneficios.
2. Verificar que el formulario de Atención Hospitalaria cuente con la autorización correspondiente otorgada por el Banco.
3. Confirmar con el Prestador la fecha en la que se realizará el procedimiento.
4. Preguntar los requisitos y las condiciones que deben cumplirse para someterse al procedimiento.
5. Asistir puntual el día y la hora programada al hospital, en las condiciones adecuadas para recibir el servicio.
6. Presentar el formulario de Atención Hospitalaria expedido por el médico tratante.
7. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.

Al momento de que se registre el alta del Derechohabiente en el hospital, la persona responsable deberá firmar el formulario de Atención Hospitalaria por los servicios recibidos. En caso de que se hayan utilizado servicios que están excluidos de la cobertura de la prestación médica del Banco, el Derechohabiente deberá liquidar directamente al Prestador los importes correspondientes.

Prestador fuera de Red

1. Elegir un hospital de su preferencia.
2. Confirmar con el Prestador la fecha en la que se realizará el procedimiento.
3. Preguntar los requisitos y las condiciones que deben cumplirse para someterse al procedimiento.
4. Asistir puntual el día y la hora programada al hospital, en las condiciones adecuadas para recibir el servicio.
5. Pagar directamente al Prestador la realización del procedimiento y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio; o bien, para aquellos casos en los

que exista posibilidad de que un Prestador acepte el pago directo por parte del Banco, solicitar con siete días naturales previos a la fecha de la atención, una Carta de Pago. En este último esquema, la solicitud deberá incluir la siguiente información: nombre del paciente, diagnóstico, fecha de ingreso, procedimiento o tratamiento a recibir, nombre del médico tratante, especialidad y nombre del hospital en donde se va a realizar el procedimiento.

6. En caso de que haya optado por la “Carta de pago directo”, previo al egreso, la persona responsable deberá firmar la carta y el estado de cuenta hospitalario por la conformidad de los servicios recibidos.
7. Gestionar el reembolso del costo del procedimiento y honorarios médicos, para lo cual deberá anexarse el Comprobante, estado de cuenta de la atención hospitalaria (detalle de los servicios recibidos), y un informe médico emitido por los especialistas que intervinieron, en donde se indique el procedimiento realizado, hallazgos clínicos, su participación, y la evolución postoperatoria.

En caso de que se hayan utilizado servicios que están excluidos de la cobertura de la prestación médica del Banco, éstos no serán reembolsables.

Con independencia del tipo de Prestador elegido (dentro o fuera de Red), el Derechohabiente o la persona responsable deberán solicitar los medicamentos prescritos y no utilizados durante su estancia hospitalaria, así como los materiales de curación que le fueron asignados.

Los medicamentos, material o aparatos ortopédicos para la continuidad de su manejo en casa no serán cubiertos por el Banco, para el caso de que estos hayan sido incluidos dentro del comprobante fiscal del hospital.

En los eventos hospitalarios, el tipo de habitación incluida en la cobertura del servicio médico del Banco, es aquella clasificada como estándar privada, con baño y televisión.

Para mayor detalle sobre los componentes de operación de este rubro, dirigirse al **Instructivo de Autorizaciones Médicas** y a la **Lista de Exclusiones y Servicios Limitados en Hospitales**, las cuales se encuentran publicadas en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Psiquiátrica

RSM artículo 80

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de hospitalización psiquiátrica para enfermedades agudas o crónicas agudizadas, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Obtener del médico tratante una prescripción de internamiento para el paciente.
2. Solicitar al médico tratante que gestione el número de autorización médica directamente con el Banco anexando el informe correspondiente.
3. Verificar que el formulario de Atención Hospitalaria cuente con la autorización médica del Banco.
4. Elegir un hospital psiquiátrico del Directorio de su Plan de Beneficios.
5. Presentar al momento de ingreso del paciente, el formulario de Atención Hospitalaria expedido por el médico tratante.
6. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.

Prestador fuera de Red

1. Obtener del médico tratante una prescripción de internamiento para el paciente.
2. Notificar al CAT del internamiento precisando el derechohabiente, el hospital, la fecha de ingreso, el médico a cargo y el diagnóstico.
3. Pagar directamente al Prestador.
4. Solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su Registro Federal de Contribuyente (RFC), y en su caso, la dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
5. Gestionar el reembolso correspondiente para lo que será necesario presentar en adición al Comprobante fiscal, el desglose de los conceptos de hospitalización, así como el resumen final del o los médicos tratantes que participaron en el caso y pretenden cobrar honorarios médicos

Cada que lo requiera el Banco se deberá presentar un resumen clínico de la evolución del paciente.

Casa de Medio Camino

RSM artículo 80

La duración del internamiento en Casas de Medio Camino será propuesta por el médico tratante y el Banco determinará la temporalidad de la cobertura, considerando todos los elementos clínicos contenidos en los informes periódicos emitidos por los médicos que éste designe, y **bajo ninguna circunstancia se podrá autorizar una estancia de manera vitalicia.**

Planificación Familiar y Atención Materno-Infantil

Planificación Familiar

RSM artículo 86

Para el titular y su cónyuge o concubina o concubinario, en adición a los métodos de planificación familiar señalados en el Reglamento, el Banco cubre anillos cervicales y, en el caso de los preservativos, solo se cubren aquéllos que estén incluidos en el **Cuadro Institucional de Medicamentos** con un límite máximo de ciento ocho piezas al año.

La colocación del implante subdérmico, cuando la realice un Médico de la Red, únicamente se autoriza a los Ginecólogos que hayan acreditado ante el Banco el entrenamiento para su colocación. Dicho procedimiento requiere autorización previa de la unidad administrativa que designe el Banco. Cuando la colocación la realice un Médico fuera de red, se podrá solicitar la acreditación del entrenamiento del especialista para gestionar el Reembolso.

Inducción de la Ovulación

RSM artículo 135, fracción I

La Derechohabiente deberá acudir con especialistas en Biología de la Reproducción dentro o fuera del Directorio de este Plan de Beneficios, para lo cual es necesario que el médico tratante realice un informe médico por escrito dirigido al Banco para proceder a la autorización del tratamiento o solicitud de reembolso correspondiente, previo a cada uno de los cuatro ciclos que el Banco autoriza.

La inducción de la ovulación se autoriza bajo los siguientes criterios, a los cuales se debe hacer referencia en el informe médico:

- a) Derechohabiente menor a 40 años de edad.
- b) Ausencia de enfermedades crónico-degenerativas asociadas que pudieran agravarse con el embarazo y enfermedades infecciosas o de transmisión genética que representen un riesgo potencial para la descendencia.
- c) Ausencia en la pareja de enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas o de transmisión genética que representen un riesgo potencial para la descendencia.
- d) Que haya transcurrido como mínimo un año de vida sexual activa regular y sin anticoncepción.
- e) Haberse excluido otras causas de infertilidad, como las anatómicas, hormonales e infecciosas de la Derechohabiente y su pareja, de acuerdo a los protocolos de las Clínicas de Esterilidad del Sector Salud y del Instituto Nacional de Perinatología.

Maternidad

La asistencia obstétrica únicamente la podrán recibir la Titular, cónyuge o concubina registrada como derechohabiente vigente y, sujeta a los procedimientos para consulta, tratamientos y hospitalización descritos en este Manual.

Los servicios cubiertos por concepto de embarazo de la Derechohabiente son los que a continuación se enuncian:

- a) Consultas médicas.
- b) Tratamientos.
- c) Estudios de laboratorio y gabinete. La cobertura incluye hasta cuatro ultrasonidos básicos para embarazo normal, así como los adicionales que el médico tratante considere necesarios en caso de embarazo de alto riesgo; en esta última condición, se requiere de informe del médico tratante y autorización previa por parte del Banco.
- d) Medicamentos.
- e) Hospitalización.
- f) Cesárea, salpingoclasia (método definitivo de planificación familiar) y legrado, en caso necesario.
- g) Atención de parto.

En caso de que la atención sea en un hospital del Directorio de este Plan de Beneficios con un ginecobstetra no incluido en dicho directorio; o bien, para el caso de que el hospital no forme parte del Directorio de Prestadores y el Banco pueda convenir el pago directo, el Titular podrá solicitar por escrito al Banco, con siete días naturales previos a la fecha de la atención, una Carta de Pago para que se cubran los gastos hospitalarios.

Atención del Recién Nacido

Para el servicio médico del recién nacido desde el momento del parto o la cesárea y hasta los sesenta días naturales de nacido, en atenciones con Prestadores dentro de red, deberá presentarse la Credencial de Servicios o los Elementos de identificación del Titular, o en su caso, la Credencial de Servicios o los Elementos de identificación de la madre Derechohabiente. En caso de que tanto el padre como la madre sean Titulares del servicio médico del Banco, y el menor se encuentre en el proceso de registro como Derechohabiente ante el Banco, la atención antes referida será vinculada a la madre. Cuando se haga uso de servicios fuera de Red, deberá sujetarse a lo previsto en el capítulo de hospitalizaciones.

Posterior a los sesenta días de nacido, para que el menor continúe con los servicios y beneficios del Plan de Salud del Banco, el Titular deberá haber concluido el registro de su hijo(a) como Derechohabiente ante el Banco, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento, a fin de que cuente con su Credencial de Servicios y de que, en caso de haber solicitudes de Reembolsos, éstas puedan ser atendidas.

En el caso de que tanto el padre como la madre sean Titulares del servicio médico del Banco, ambos podrán registrar a los y las descendientes como parte de su grupo familiar, sin embargo, sólo una persona Titular les podrá brindar el Servicio Médico como Derechohabiente.

Rehabilitación

RSM Capítulo XV

Terapia Física

RSM artículo 108

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de terapia física, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Obtener del médico tratante un formulario de Consulta Externa en donde se indique el tipo de lesión.
2. Elegir un Prestador del Directorio de este Plan de Beneficios.
3. Acudir a una consulta inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
4. Obtener un número de autorización de la unidad administrativa que designe el Banco para acceder a un primer ciclo de diez sesiones. En caso de que el médico tratante lo considere conveniente, podrá indicar diez sesiones adicionales al primer ciclo, para lo cual se deberá contar con la autorización previa del Banco. De igual forma, en caso de que se requieran más de veinte sesiones, el Prestador deberá emitir un informe, a fin de que el Banco realice una evaluación de la información clínica, con lo cual podrá autorizarse un máximo de veinte sesiones adicionales, con número de autorización cada diez sesiones, estableciéndose **un máximo de cuarenta sesiones de terapia física por evento**.
5. En cada sesión, se deberá presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en la normatividad correspondiente, y deberá firmar el Formulario de Consulta Externa en la sección establecida para este tipo de servicios una vez que concluya cada sesión recibida.
6. Acudir a una consulta final para valoración de los logros alcanzados.

Prestador fuera de Red

1. Obtener del médico tratante una prescripción médica en donde se indique el tipo de lesión.
2. Elegir un Prestador de su preferencia.
3. Acudir a una consulta inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
4. Pagar directamente al Prestador el otorgamiento de las terapias y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
5. Gestionar el reembolso del costo de las terapias, para lo cual deberá anexarse el Comprobante. A partir del segundo ciclo, y al inicio de este y de cada ciclo posterior, siempre deberá incluirse un informe médico.

En cualquiera de las opciones anteriores, una vez que el Derechohabiente haya recibido las cuarenta sesiones de terapia física, en caso de requerir adicionales, estas deberán ser cubiertas directamente por él, sin opción a Reembolso.

En casos especiales donde se requieran terapias físicas a domicilio, el Banco determinará el número máximo de sesiones autorizadas.

Para mayor detalle consultar el ***Instructivo de Autorizaciones Médicas***, el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Terapia de Neurodesarrollo y/o Lenguaje

RSM artículo 108

Los servicios de terapia de Neurodesarrollo y/o Lenguaje se brindan a los **Derechohabientes menores de diez años**, y consisten en un máximo de cuatro ciclos conformado cada uno por veinticuatro sesiones de terapia, las cuales deberán tener una duración de cuando menos cincuenta minutos cada una, teniendo como máximo de periodicidad dos sesiones por semana hasta por tres meses, lo que equivale a un **máximo de noventa y seis sesiones** a lo largo de la vigencia de derechos al servicio médico.

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de terapia de Neurodesarrollo y/o Lenguaje, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Obtener la prescripción de un médico tratante de la red.
2. Elegir un Prestador del Directorio de este Plan de Beneficios.
3. Acudir a una evaluación, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico. Esta evaluación deberá realizarse en un máximo de cuatro sesiones en un plazo de cuarenta y cinco días naturales, contados a partir de la fecha de la primera evaluación.
4. Obtener un número de autorización del Banco para acceder a un primer ciclo de veinticuatro sesiones.
5. En cada sesión, se deberá presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
6. En caso de ciclos adicionales, al inicio de cada ciclo el médico tratante y/o terapeuta deberá enviar un informe médico al Banco, a fin de que se evalúe la autorización de la continuidad de este servicio.

Prestador fuera de Red

1. Obtener del médico tratante la prescripción médica en donde se indique el requerimiento de terapias de Neurodesarrollo y/o Lenguaje.
2. Elegir un Prestador de su elección.

3. Acudir a una evaluación, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico. Esta evaluación deberá realizarse en un máximo de cuatro sesiones.
4. Obtener un informe médico de las primeras veinticuatro sesiones, en donde se realice una valoración de los logros alcanzados por el Derechohabiente.
5. Pagar directamente al Prestador el otorgamiento de las terapias y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
6. Gestionar el reembolso del costo de las terapias, para lo cual deberá anexarse el Comprobante, y al inicio de cada ciclo incluir un informe médico.

En cualquiera de las opciones anteriores, una vez que el Derechohabiente haya recibido las noventa y seis sesiones, en caso de requerir adicionales, éstas deberán ser cubiertas directamente por él, sin opción a Reembolso.

Para mayor detalle consultar el ***Instructivo de Autorizaciones Médicas***, el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Terapias Psicológicas

RSM artículo 109

El tratamiento de terapias psicológicas requiere de un diagnóstico y pronóstico inicial de un Prestador que atenderá al Derechohabiente, para tal efecto dicho Prestador podrá realizar una valoración inicial en un plazo máximo de cuarenta y cinco días naturales considerando alguna de las siguientes opciones:

- a) Consultas seriadas para establecer un diagnóstico (hasta cuatro consultas).
- b) Pruebas psicológicas seriadas para establecer un diagnóstico (hasta cinco pruebas).

En caso de que el Derechohabiente deje inconclusa la realización de la valoración inicial al vencimiento del plazo antes referido, el Banco procederá a realizar el cobro, o en su caso rechazar la solicitud de reembolso, de los servicios que le fueron brindados al Derechohabiente, de conformidad con lo señalado en los artículos 9 y 12 del Reglamento.

Una vez establecido el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico, en caso de requerirse terapia psicológica, se podrá autorizar un máximo de cuatro ciclos estructurado cada uno por doce sesiones de terapia con una duración de al menos cincuenta minutos, lo que equivale a un **máximo de cuarenta y ocho sesiones** a lo largo de la vigencia de derechos al servicio médico.

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de terapia Psicológica, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Elegir un Prestador del Directorio de este Plan de Beneficios.

2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
3. Obtener autorización del Banco para acceder a un primer ciclo de doce sesiones, para lo cual el Derechohabiente deberá enviar al servicio médico del Banco al correo atencionmedica@banxico.org.mx un formulario de Consulta Externa y un informe que contenga diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
4. Continuar con el Prestador seleccionado durante todo el tratamiento, y sólo podrá cambiarlo cuando el Derechohabiente envíe una solicitud por escrito, y que el servicio médico del Banco emita la autorización correspondiente.
5. En cada sesión, se deberá presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
6. En caso de ciclos adicionales, al inicio de cada ciclo el Prestador deberá enviar un informe al Banco, a fin de que se evalúe la autorización para la continuidad de este servicio.

Prestador fuera de Red

1. Elegir un Licenciado en Psicología de su elección.
2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
3. Pagar directamente al Prestador el otorgamiento de las terapias y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
4. Gestionar el reembolso del costo de las terapias, para lo cual deberá anexarse el Comprobante, y al inicio de cada ciclo incluir un informe médico en donde se detallen los logros alcanzados por el Derechohabiente.

En cualquiera de las opciones anteriores, una vez que al Derechohabiente se le hayan autorizado las cuarenta y ocho sesiones, en caso de requerir consultas o sesiones adicionales, estas deberán ser cubiertas directamente por él, sin opción a Reembolso.

Terapias Psiquiátricas

RSM artículo 109

Cuando el médico tratante determine que existe indicación médica para que un Derechohabiente reciba los servicios de terapia psiquiátrica, deberá extender una breve descripción del cuadro clínico que fundamente la necesidad del servicio. Cuando inicie el tratamiento, cada sesión de terapia psiquiátrica a la que asista el Derechohabiente deberá tener una duración de al menos cincuenta minutos.

El tratamiento con terapias psiquiátricas está limitado a estricta necesidad y beneficio clínico demostrable, y deberá ser otorgado por médicos especialistas en psiquiatría. Este tipo de terapias requieren de la definición de un diagnóstico y pronóstico inicial de un Prestador que atenderá al Derechohabiente, para tal efecto dicho Prestador podrá realizar una valoración inicial en un plazo máximo de cuarenta y cinco días naturales.

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de terapia Psiquiátrica, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Elegir un Prestador del Directorio de este Plan de Beneficios.
2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
3. Asistir de manera puntual a las sesiones psiquiátricas.
4. Continuar con el Prestador seleccionado durante todo el tratamiento, y sólo podrá cambiarlo cuando el Derechohabiente envíe una solicitud por escrito, y que el Banco emita la autorización correspondiente.
5. En cada sesión, se deberá presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.

Prestador fuera de Red

1. Elegir un Médico Psiquiatra de su elección.
2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico (hasta cuatro sesiones).
3. Pagar directamente al Prestador el otorgamiento de las terapias y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
4. Gestionar el reembolso del costo de las terapias, para lo cual deberá anexarse el Comprobante, y tanto al inicio como cuando el Banco lo solicite, deberá incluir un informe médico en donde se detallen los logros conseguidos por el Derechohabiente.

En cualquiera de las opciones anteriores, el Banco cuando determine que se ha obtenido el beneficio establecido o concluido el periodo agudo de la enfermedad, podrá limitar la continuidad de este servicio; por lo que en caso de que el Derechohabiente desee continuar con consultas o sesiones adicionales, éstas deberán ser cubiertas directamente por él, sin opción a Reembolso.

[Escuela de Educación Especial](#)

RSM artículo 110

La cobertura de escuela de educación especial para los hijos Derechohabientes, está enfocada a obtener un beneficio clínico demostrable, por lo que se establece como límite de cobertura hasta la conclusión de la educación básica o hasta los 18 años de edad, lo que ocurra primero. Este límite deberá ajustarse conforme a lo establecido en las disposiciones de la Dirección General de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública o la entidad que en su momento la sustituya.

Este servicio deberá contar con autorización previa del Banco y ser pagado directamente por los Titulares, para posteriormente solicitar el Reembolso correspondiente, considerando los Costos de Referencia señalados en el Anexo 1 del Reglamento. Es conveniente mencionar que, de manera semestral, en cada solicitud de Reembolso se deberá anexar un informe emitido por la escuela, en donde se señalen los avances que vaya obteniendo el Derechohabiente.

Servicios Dentales

Los Derechohabientes de este Plan deberán siempre concluir la atención de su padecimiento con el mismo odontólogo con el que iniciaron su tratamiento, por lo que en caso de que deseen recibir la atención odontológica con otro Prestador, previo a su inicio, deberán solicitarlo al servicio médico del Banco enviando al correo atenciodental@banxico.org.mx el **Formato de solicitud de cambio de odontólogo tratante**, el cual se encuentra disponible para su correcto llenado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico). De igual forma, el procedimiento anterior aplica para el caso de que el tratamiento realizado cuente con la vigencia de la garantía comprometida con el odontólogo, por lo que cuando uno de estos procedimientos resulte no funcional, se deberá acudir con el mismo odontólogo para que se realicen las correcciones requeridas.

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente para recibir el servicio de atención odontológica, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Concertar una cita con el Prestador de su elección del Directorio de este Plan de Beneficios.
2. Acudir a la cita en la fecha y hora señalada para la consulta odontológica. En caso de no poder asistir, dar aviso al odontólogo, de preferencia con al menos 24 horas previas.
3. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
4. Recibir una valoración o servicio por parte del Prestador; o en caso de que se requiera autorización previa, esperar a que el Prestador la reciba del Banco.
5. Verificar que el formulario de Odontología expedido por el Prestador corresponda a los servicios recibidos, se encuentre sin tachaduras, así como debidamente cumplimentado con la información personal y de identificación que como derechohabiente corresponda, de lo contrario, solicitar la sustitución del mismo al Prestador que lo expidió.
6. Firmar de conformidad el formulario de Atención Odontológica, por el servicio recibido, siempre y cuando, éste haya concluido en su totalidad.

Prestador fuera de Red

1. Elegir un Odontólogo de su elección.
2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
3. Recibir del Prestador el tratamiento odontológico requerido.
4. Solicitar un informe en donde se detalle el procedimiento, los órganos dentarios que fueron intervenidos, y en caso de que aplique, las caras del órgano dentario en donde se aplicó el tratamiento.
5. Pagar directamente al Prestador y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.

6. Gestionar el reembolso del costo de los procedimientos, para lo cual deberá anexarse el Comprobante que mencione el nombre del paciente que recibió el servicio, así como el informe odontológico con odontogramas, material y piezas, emitido por el Prestador.

Para conocer el detalle de la cobertura en este tipo de atenciones, dirigirse al **Instructivo Odontológico**, el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Urgencias Médicas y Ambulancias

Urgencias Médicas

RSM Capítulo XIV

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente en caso de una Urgencia Médica, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Notificar, si es posible, al Centro de Atención Telefónica (CAT) la Urgencia Médica.
2. Dirigirse con el Prestador de su elección del Directorio de la Red.
3. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
4. Recibir una valoración o atención de urgencia por parte del Prestador.
5. Firmar de conformidad en la sección correspondiente por el servicio recibido en el formulario de Consulta Externa.

Prestador fuera de Red

1. Notificar, en la medida de lo posible, al Centro de Atención Telefónica (CAT) la Urgencia Médica.
2. Dirigirse con el Prestador más cercano.
3. Recibir una valoración o atención de urgencia por parte del Prestador.
4. Pagar directamente al Prestador y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
5. Solicitar un informe médico emitido por los médicos especialistas que intervinieron, en donde se indique la circunstancia de la atención médica, el procedimiento realizado, hallazgos clínicos, su participación, y la evolución posterior a la atención de la urgencia, y en su caso estado de cuenta de los insumos y servicios recibidos.
6. Gestionar el Reembolso correspondiente.

Cuando una Urgencia Médica ocurra fuera del territorio nacional, el Banco podrá reembolsar los gastos médicos erogados de conformidad con lo establecido en el Reglamento, siempre y cuando dicha urgencia esté debidamente comprobada y dictaminada como tal por el Banco.

Los servicios de consulta de urgencia de un hospital no deben ser utilizados de manera indiscriminada para la atención de padecimientos que pueden ser atendidos en Consulta Externa, ya que esto puede generar una sobredemanda de los servicios de urgencia y entorpecer la atención de verdaderas Urgencias Médicas.

Ambulancia

RSM artículo 105

El servicio de ambulancia podrá brindarse en cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Urgencias

Cuando el Derechohabiente esté en una condición o con una lesión que ocurra de forma súbita e inesperada y que ponga en peligro la vida del individuo, la función de un órgano, o la que puede resultar en una lesión o incapacidad seria y que requiere atención médica. También se consideran urgencias los problemas médicos que de no tratarse con prontitud pueden generar complicaciones, como pueden ser heridas, fracturas, intoxicaciones, envenenamientos, entre otros.

Cuando sea necesario movilizar al Derechohabiente a un centro hospitalario, los familiares o las personas que lo asistan podrán solicitar el servicio directamente al Centro de Atención Telefónica (CAT), quien coordinará la atención con el Prestador y los familiares o las personas que asistan al Derechohabiente.

En el caso de que se elija el traslado con Prestador fuera de Red, la Urgencia Médica se deberá notificar, en la medida de lo posible, al Centro de Atención Telefónica (CAT); los familiares o las personas que asistan al Derechohabiente coordinarán y pagarán directamente el servicio, para posteriormente ingresar su solicitud de Reembolso. La solicitud deberá ir acompañada del Comprobante y de un informe médico emitido por los médicos que intervinieron, en donde se indique la circunstancia de la atención médica, a fin de que el Banco pueda evaluarla, y en caso de que sea dictaminada como procedente, se reembolse el costo total del servicio.

b) Servicio Programado

Este servicio lo podrán utilizar los Derechohabientes que se encuentren imposibilitados para desplazarse por otro medio a causa de una enfermedad, y que requieran de cuidados médicos especiales durante el trayecto, ya sea después de su egreso hospitalario, o bien, para aquellos casos en los que el Banco lo determine medicamente procedente.

El servicio podrá realizarse con Prestadores dentro de Red, para lo cual el médico tratante deberá enviar el formulario de Consulta Externa y resumen médico que justifique el servicio al correo de atencionmedica@banxico.org.mx. En caso de que el Derechohabiente decida contratar por su cuenta el servicio con un Prestador fuera de Red, deberá pagarlo directamente y posteriormente ingresar su solicitud de Reembolso, la cual será evaluada por el Banco. En caso de que esta resulte procedente, el importe del Reembolso será de conformidad a los Costos de Referencia establecidos en el Anexo 1 del Reglamento.

Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Equipo de Apoyo

Prótesis

RSM artículos 111 y 112

Las prótesis internas y externas podrán ser solicitadas directamente al Banco para que sean adquiridas y colocadas por Prestadores dentro de Red, para lo cual se deberán enviar con antelación las características específicas y un informe médico en donde se justifique el requerimiento médico al correo electrónico atencionmedica@banxico.org.mx y de conformidad al ***Instructivo de Autorizaciones Médicas***, el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

En el caso de que el Derechohabiente se atienda con Prestadores fuera de Red, deberá pagar directamente el costo de la prótesis y posteriormente gestionar la solicitud de Reembolso.

Aparatos Ortopédicos

RSM artículo 113

Los Derechohabientes que cuenten con una prescripción de algún médico tratante, podrán utilizar corsés, fajas, dos mangas para linfedema por año o separadores interdigitales. En estos casos, **la periodicidad de sustitución será anual a partir de la fecha de adquisición**. En el caso de plantillas, medias o calcetines elásticos y soportes plantares, prendas de compresión para quemaduras, se autorizan hasta un máximo de dos pares por año calendario.

Los aparatos ortopédicos podrán ser surtidos en las casas de ortopedia del Directorio de Prestadores, mediante la presentación del formulario de Consulta Externa con autorización previa emitida por el Banco, o bien, para el caso de que se adquiera con Prestadores Fuera de Red, deberán comprarse directamente y posteriormente gestionar el Reembolso, para lo cual deberán anexar el Comprobante y la receta en donde esté la prescripción de dichos aparatos. Aquellos insumos que requieren autorización previa, ésta se realiza llamando al Centro de Atención Telefónica (CAT).

El Banco podrá determinar la periodicidad de sustitución para otros tipos de aparatos ortopédicos no mencionados anteriormente, para lo cual considerará los cambios evolutivos del padecimiento de que se trate con base en el informe del médico tratante.

Equipo de Apoyo

RSM artículo 116

Los bastones, muletas, andaderas y colchones, podrán ser surtidos por el Derechohabiente, previa autorización emitida por el Banco, mediante el formulario de Consulta Externa en las casas que integran el Directorio de su Plan de Beneficios. Estos servicios se autorizan llamando al Centro de Atención Telefónica (CAT). En el caso de que el Derechohabiente adquiera el equipo

con Prestadores Fuera de la Red, se podrá gestionar el Reembolso hasta por el Costo de Referencia establecido por el Banco.

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 directamente por el Banco, para lo cual se realizará una evaluación del informe del médico tratante anexo al formulario de Consulta Externa, y en su caso emitirá la autorización de asignación del equipo considerando las características y especificaciones que atiendan la condición de salud del Derechohabiente, para lo cual el formulario deberá enviarse al buzón de atencionmedica@banxico.org.mx. En el caso de que estos productos se adquieran con Prestadores Fuera de Red, deberán comprarse directamente y posteriormente gestionar el Reembolso hasta por el Costo de Referencia establecido por el Banco, para lo cual deberán anexar el Comprobante y la receta en donde esté la prescripción de dichos equipos.

El Banco no cubre la reposición de cualquier tipo de colchón o de aquellos insumos de uso personal, como son: lona para grúa, silla WC, y los que el Banco determine.

El servicio de oxígeno para uso domiciliario, el cual incluye la renta del tanque, los accesorios necesarios para su uso, las recargas y el mantenimiento, podrá ser otorgado previa autorización del Banco, enviando el formulario al buzón de atencionmedica@banxico.org.mx. Cuando se trate de un paciente oxígeno-dependiente, según el informe del médico tratante, el Banco proporcionará un concentrador de oxígeno y un tanque que sirva de respaldo para el concentrador, autorizando un máximo de dos recargas por mes. Adicionalmente, se asignará por única ocasión un tanque portátil, con un máximo de una recarga al mes.

En todos los casos, se autorizan los accesorios necesarios para el uso de cualquier equipo de oxígeno y su mantenimiento.

Los Derechohabientes a quienes el Banco les haya proporcionado directamente el equipo médico, deberán firmar una carta de asignación de equipo para la devolución dentro de los treinta días posteriores a la fecha en la que dejen de requerirlo. En caso de daño o no devolución del equipo en el momento que se requiera, el Banco procederá a realizar el cobro correspondiente, de conformidad con lo señalado en los artículos 9 y 12 del Reglamento.

Medicina Preventiva

RSM Capítulo XVII

La medicina preventiva se otorga esencialmente a través de los médicos designados por el Banco y de acuerdo a los planes y programas establecidos por el mismo. Estos programas y campañas serán informados de forma oportuna a través de diversos medios de comunicación institucionales.

Esquemas de prevención y bienestar

RSM artículo 132 bis

Los Titulares registrados en este Plan de Beneficios, que participen y cumplan con las condiciones establecidas en el esquema preventivo y bienestar denominado **Salud Banxico**, tendrán el beneficio de que durante el periodo que el propio Banco defina, puedan acreditar un monto previo a la aplicación de cualquier tipo de copago generado por la utilización del servicio médico por parte de cualquier Derechohabiente integrante de su composición familiar.

Para mayor información sobre las características de los esquemas de prevención y bienestar, la definición de los objetivos de salud, así como los requisitos en relación a las condiciones que se deben cumplir para recibir el beneficio correspondiente, dirigirse al ***Instructivo para acceder a los beneficios del esquema preventivo y bienestar***, el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

"Check-up"

RSM artículo 68

Los Trabajadores pertenecientes a este Plan de Beneficios para realizarse su "Check Up" deberán seguir el procedimiento que se menciona a continuación:

1. Elegir el centro de salud de su elección, el cual puede o no tener precios preferenciales convenidos con el Banco.
2. Seleccionar el paquete preventivo acorde a su edad y género.
3. Programar una cita en la fecha de su elección, y solicitar las indicaciones que debe seguir el día de su examen médico.
4. Presentarse el día y la hora acordada, con su Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
5. Realizar el pago del estudio directamente al Prestador de Servicios.
6. Solicitar la expedición de un Comprobante Fiscal Electrónico por Internet (CFDI) en formato XML., conteniendo los datos fiscales del Titular.
7. Entregar los resultados del examen médico preventivo a la Oficina de Consultorios Médicos Institucionales, a fin de que esta información sea incorporada en su Expediente Clínico Electrónico y que se le pueda brindar seguimiento oportuno a su condición de salud.

8. Obtener el acuse de recibido por parte de la Oficina de Consultorios Médicos Institucionales.
9. Solicitar el reembolso del "Check Up", utilizando el "Sistema de captura de Reembolsos de Gastos Médicos", e incluir de manera obligatoria el acuse de recibido de la Oficina de Consultorios Médicos Institucionales. El monto máximo a reembolsarse menciona en el Anexo 1, del RSM.

En caso de estar participando en el programa Salud Banxico, y a fin de favorecer el uso racional de los recursos del Servicio Médico, el trabajador únicamente podrá reembolsar el "Check Up" si se realiza en el segundo semestre del año calendario.

Vacunas

El cuadro de vacunación que cubre el Banco a sus Derechohabientes se encuentra apegado al Esquema Nacional de Vacunación emitido por la Secretaría de Salud, por lo que éste, así como el procedimiento para su aplicación, serán publicados en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

La aplicación de vacunas especiales está autorizada para trabajadores que inicien o tengan licencia para realizar estudios en el extranjero, o que sean comisionados por el Banco a lugares endémicos de algunas enfermedades (fiebre amarilla, cólera, tifoidea, entre otras).

Cuando se apliquen vacunas con Prestadores fuera de Red, se deberá solicitar el Reembolso correspondiente al Banco. Para este efecto es necesario que en el Comprobante se separe el importe de la consulta y el de la vacuna, ya que esta última no tiene copago.

Para mayor información sobre este tema, dirigirse al ***Esquema de vacunación autorizado por Banco de México***, el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).

Vacunas Alergológicas

RSM artículo 135, fracción V

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente en caso de requerir un tratamiento con vacunas alergológicas, es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Concertar una cita con el Prestador de su elección del Directorio de este Plan de Beneficios.
2. Acudir a la cita en la fecha y hora señalada para la consulta médica. En caso de no poder asistir, dar aviso al médico, de preferencia con al menos 24 horas previas.
3. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.

4. Recibir una valoración por parte del Prestador, quien deberá emitir un informe médico que mencione el diagnóstico, pronóstico y duración estimada del tratamiento, el cual deberá anexarse al formulario de Consulta Externa para obtener un número de autorización.
5. Seguir en su totalidad el tratamiento autorizado.

Prestador fuera de Red

1. Elegir un Prestador de su elección.
2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
3. Recibir una valoración por parte del Prestador, quien deberá emitir un informe médico que mencione el diagnóstico, pronóstico y duración estimada del tratamiento.
4. Pagar directamente al Prestador y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
5. Gestionar el Reembolso del costo de los procedimientos, para lo cual deberá anexarse el Comprobante que mencione el nombre del paciente que recibió el servicio, así como el informe médico emitido por el Prestador.

La autorización o aprobación de la primera solicitud de Reembolso tiene una **vigencia máxima de seis meses** y, al término de ésta se deberá entregar un nuevo informe médico que contenga los avances logrados por el Derechohabiente y el plan de manejo para evaluar la prórroga del tratamiento.

En caso de que un Derechohabiente abandone su tratamiento, y posteriormente desee reanudar la terapia de desensibilización, para lo cual el Titular deberá entregar una carta compromiso de apego a tratamiento, el Banco evaluará la solicitud de autorización. En este nuevo evento únicamente se cubrirán las vacunas, no así nuevas pruebas cutáneas, las cuales deberán ser a cargo del Derechohabiente. En el supuesto de que se presente un segundo abandono de tratamiento, éste será totalmente cubierto por el Titular.

Enfermería, Cuidadores y Casas de Medio Camino

Enfermería en domicilio

RSM artículo 117

Los Derechohabientes que presenten una condición de salud que requiera atención especializada, podrán recibir servicios de enfermería en domicilio, siempre y cuando exista una solicitud del médico tratante, y que ésta cuente con autorización previa por parte del Banco.

De acuerdo al tipo de servicios que se requiera y a la gravedad del estado de salud del Derechohabiente, el Banco de conformidad con el ***Instructivo del Servicio de Enfermería en Domicilio y Cuidadores Especiales*** el cual se encuentra publicado en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico), podrá proporcionar alguno de los siguientes servicios:

- a) Auxiliar de enfermería
- b) Enfermera general
- c) Enfermera especialista

El médico tratante podrá recomendar el servicio y sus características, sin embargo, corresponde al Banco evaluar y determinar su procedencia, así como las condiciones y el Prestador dentro de Red con el que se otorgará el servicio.

En el caso de que el Derechohabiente contrate directamente el servicio con Prestador fuera de Red, el Banco reembolsará como máximo el Costo de Referencia que se indica en el Anexo 1 del Reglamento.

El Banco podrá dar por terminado el servicio cuando se presente alguna de las situaciones siguientes:

- a) El Derechohabiente ya no requiera de los cuidados médicos especiales que dieron origen al otorgamiento del servicio.
- b) El Derechohabiente, los familiares o el responsable del mismo cuenten con el adiestramiento necesario para continuar la rehabilitación o recuperación del Derechohabiente, a juicio del Banco.
- c) El Derechohabiente, los familiares o el responsable del mismo, no se apeguen a los lineamientos del ***Instructivo del Servicio de Enfermería en Domicilio y Cuidadores Especiales***.
- d) El Derechohabiente sea hospitalizado.
- e) Cuando el Derechohabiente sólo requiera cuidados básicos de la vida diaria.

Cuidador Especial

RSM artículo 117

Los Derechohabientes que se encuentren internados con padecimiento psiquiátrico agudo o crónico agudizado, en los cuales exista riesgo de autoagresión o agresión a terceros, podrán recibir el apoyo de cuidadores especiales únicamente durante el evento agudo del padecimiento psiquiátrico, siempre y cuando los casos estén plenamente justificados por el médico tratante y cuenten con autorización previa por parte del Banco.

Este servicio puede ser proporcionado por Prestador dentro de Red, o bien, para el caso de que se contrate directamente con Prestador fuera de Red, los servicios se deberán pagar directamente y posteriormente gestionar el Reembolso, el cual estará sujeto a los Costos de Referencia establecidos en el Anexo 1 del Reglamento.

Casas de Asistencia Médica

RSM artículo 118

La cobertura en las Casas de Asistencia Médica para convalecer de una enfermedad podrá ser proporcionada por centros publicados en el Directorio de su Plan de Beneficios, o bien, en el caso de que el Derechohabiente contrate servicios con un Prestador fuera de Red, el importe del Reembolso estará sujeto a los Costos de Referencia establecidos en el Anexo 1 del Reglamento. En cualquiera de los casos deberá contar con autorización previa del Banco.

No se consideran como Casas de Asistencia para convalecer de una enfermedad a los asilos o similares.

Otros Beneficios

Anteojos o Lentes de Contacto

RSM artículo 114

Este beneficio sólo aplica para el Titular y sus hijos Derechohabientes menores de dieciséis años.

Cuando por prescripción médica requieran lentes para ver de cerca o de lejos, tendrán derecho a que el Banco le reembolse el importe correspondiente a sólo un par de anteojos o lentes de contacto.

Cuando por prescripción médica, el Derechohabiente requiera lentes para ver de cerca y de lejos, podrá elegir una de las siguientes opciones:

- Lentes monofocales, para ver de cerca y para ver de lejos.
- Lentes bifocales y, durante el periodo de adaptación a éstos, por una sola ocasión, se podrá autorizar simultáneamente lentes monofocales para ver de lejos.
- Lentes multifocales.

En los dos primeros casos, el Banco reembolsará el importe correspondiente a unos anteojos integrados por armazón y lentes (micas o cristales) y, unos lentes (micas o cristales).

El Banco reembolsará lentes de contacto y, en caso de requerir anteojos, también serán cubiertos, siempre y cuando el Derechohabiente entregue la prescripción médica.

Para surtir las micas o cristales, lentes de contacto o armazones el Derechohabiente deberá:

1. Acudir con su oftalmólogo tratante, quien deberá dictaminar la necesidad de lentes o cambio de graduación. Tratándose de la primera vez que utilizarán lentes, o bien, cuando varíe la graduación antes del período de dos años calendario, la prescripción deberá ser expedida por un oftalmólogo, quien puede ser del Directorio de Prestadores de este Plan de Beneficios, o bien, con un prestador de su elección fuera de Red.
2. Acudir con el proveedor de su elección para adquirir los anteojos o lentes, solicitando que el comprobante indique los conceptos y la graduación.
3. Solicitar al Banco el Reembolso del mismo.
4. Considerar que el importe que el Banco reembolsará será con base al Costo de Referencia vigente contenido en el Anexo 1 del Reglamento.

Auxiliar Auditivo

RSM artículo 115

Cuando exista ausencia o disminución de la audición ya sea de nacimiento o adquirida, el Titular y sus hijos Derechohabientes menores de dieciséis años contarán con el beneficio del Reembolso por la adquisición del auxiliar auditivo. Los Titulares sólo tendrán derecho al Reembolso de un

auxiliar auditivo, aun cuando exista pérdida auditiva bilateral, en tanto que los hijos tendrán derecho al Reembolso de dos auxiliares auditivos en caso de pérdida auditiva bilateral. Para surtir estos aparatos auditivos el Derechohabiente deberá:

1. Acudir con un médico con especialidad en audiología del Directorio de este Plan de Beneficios o un prestador fuera de red; en caso de no contar con Prestador de dicha especialidad en la plaza de adscripción, se deberá acudir con un médico especialista en Otorrinolaringología, quien deberá dictaminar la necesidad de un aparato auditivo.
2. Adquirir el aparato auditivo con algún proveedor de su elección.
3. Tramitar la solicitud de Reembolso mediante el sistema correspondiente.
4. Considerar que el importe que el Banco reembolsará será con base al Costo de Referencia vigente contenido en el Anexo 1 del Reglamento.

En caso de que se requiera realizar el mantenimiento o reparación del auxiliar auditivo, los gastos que se deriven de este procedimiento podrán ser reembolsados, siempre y cuando se observen los siguientes criterios:

1. El auxiliar auditivo debe ser del Titular, o de un hijo Derechohabiente que sea menor de dieciséis años de edad.
2. Obtener un dictamen técnico del auxiliar auditivo emitido por un Prestador.
3. Enviar una solicitud de evaluación al Banco, y en su caso, obtener la autorización correspondiente.

En el caso de que la solicitud de mantenimiento o reparación ocurra después del tercer año de adquisición, el Derechohabiente podrá seleccionar cualquiera de las siguientes opciones:

1. Esperar a que se cumplan los cinco años a partir de la fecha de adquisición para realizar la sustitución del auxiliar auditivo, o
2. Solicitar el Reembolso de mantenimiento y esperar a la sustitución del auxiliar auditivo en tres años más, a partir de la fecha del mantenimiento. Al concluir estos tres años, el Derechohabiente podrá elegir entre la compra de un auxiliar auditivo nuevo o solicitar el Reembolso por nuevo mantenimiento, y así sucesivamente.

El monto de Reembolso para el mantenimiento será con base en el Costo de Referencia.

[Servicios de Cesación del Hábito Tabáquico](#)

RSM artículo 136

El tratamiento de servicios de cesación del hábito tabáquico, deberá contar con una autorización previa del Banco, para lo cual el Derechohabiente deberá entregar a la Oficina de Servicio Médico Externo el informe médico que contenga el programa integral del servicio, la relación de especialidades que participan en el manejo del paciente, y el plan farmacológico.

Están excluidos para autorización dentro de esta cobertura los medicamentos que no formen parte del programa integral, las terapias de hipnosis y los cigarros electrónicos.

El costo de este tratamiento siempre se deberá gestionar a través del esquema de Reembolso y sólo se autorizará por única ocasión por cada derechohabiente.

Tratamientos Especiales

RSM artículo 135

El procedimiento que debe seguir un Derechohabiente en caso de requerir un tratamiento especial (radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis, entre otros) es el que se describe a continuación:

Prestador dentro de Red

1. Concertar una cita con el Prestador de su elección del Directorio de este Plan de Beneficios.
2. Acudir a la cita en la fecha y hora señalada para la consulta médica. En caso de no poder asistir, dar aviso al médico, de preferencia con al menos 24 horas previas.
3. Presentar la Credencial de Servicios o los Elementos de Identificación, actualizados y vigentes de conformidad a los lineamientos señalados en el instructivo correspondiente.
4. Recibir una valoración por parte del Prestador, quien deberá emitir un informe médico que mencione el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo a seguir, el cual deberá anexarse al formulario de Consulta Externa o Atención Hospitalaria, según aplique el caso, para obtener un número de autorización.
5. Seguir en su totalidad el tratamiento autorizado.

Prestador fuera de Red

1. Elegir un Prestador de su elección.
2. Acudir a una valoración inicial, a fin de definir el plan de tratamiento y pronóstico.
3. Recibir una valoración por parte del Prestador, quien deberá emitir un informe médico que mencione el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo a seguir.
4. Pagar directamente al Prestador y solicitar la expedición del Comprobante a nombre del Titular, con su RFC y con su dirección fiscal, así como señalar el nombre de la persona que recibió el servicio.
5. Gestionar el Reembolso del costo de los procedimientos, para lo cual deberá anexar el Comprobante que mencione el nombre del paciente que recibió el servicio, así como el informe médico emitido por el Prestador.

Reembolso

Requisitos

RSM artículos 49 y 66

En caso de que aplique alguno de los supuestos para utilizar el mecanismo de Reembolso, se deberá asegurar de contar con la siguiente información:

- a) **Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI):** Este comprobante corresponde al archivo electrónico formato XML, el cual es una factura electrónica que es proporcionada por los prestadores de servicios mediante el envío del archivo a un correo personal. Este comprobante deberá estar a su nombre, contener el nombre del Derechohabiente a quien se le proporcionó el servicio, Registro Federal de Contribuyentes del Titular y el domicilio fiscal registrado por el Titular.
- b) **Documentación soporte:** Es la información que proporciona elementos que permiten evaluar la solicitud de Reembolso.

A fin de contar con mayor información sobre el proceso para gestionar una solicitud de Reembolso, se sugiere se consulte la guía denominada “Procedimiento para tramitar un reembolso”, la cual se encuentra publicada en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

Deducible y coaseguro

RSM artículo 139 bis

Los Derechohabientes registrados en este Plan de Beneficios, que adquieran seguros de gastos médicos mayores que cumplan con las características que establezca el propio Banco, y los utilicen para la atención de eventos que requieran atención hospitalaria, de acuerdo a las reglas de carácter general que establezca el Banco, en una atención hospitalaria podrán elegir cualquiera de los siguientes dos escenarios:

- a) Recibir la atención en hospitales que pertenecen al Directorio correspondiente a este Plan de Beneficios, en cuyo caso tendrán derecho al reembolso del monto correspondiente al coaseguro y/o deducible del seguro de gastos médicos, así como al excedente de la suma asegurada.
- b) En hospitales dentro del territorio nacional que, aunque no pertenezcan a la Red estén dentro de su póliza de seguro, en cuyo caso tendrán derecho al reembolso por el monto correspondiente al coaseguro y/o deducible del seguro de gastos médicos, así como al excedente de la suma asegurada.

Centro de Atención Telefónica (CAT)

Los servicios y horarios de atención del Centro de Atención Telefónica (CAT), se brindan a través del número telefónico, 55-5345-4612 o 55-5268-8303 conforme a lo siguiente:

Menú Telefónico	Servicios	Horarios
Opción 1	Atención de Urgencias y Autorizaciones Médicas	Lunes a domingo, las 24 horas del día
Opción 2	Información de la prestación médica (Reembolsos, directorio, quejas y dudas en general)	Lunes a viernes de 08:30 a 18:00 horas
Opción 3	Otros servicios con el Centro Único de Atención de Recursos Humanos (CUARH)	Lunes a viernes de 08:30 a 18:00 horas

Quejas

Las quejas podrán ser canalizadas por cualquiera de los siguientes medios de acuerdo al tema de que se trate:

- Centro de Atención Telefónica: 55-5345-4612 o 55-5268-8303 opción 2 o 3.
- A los correos electrónicos:

Dirección electrónica	Tema de queja
quejasadmonsalud@banxico.org.mx	Administrativas
gestionplansalud@banxico.org.mx	Copagos o reembolsos
atencionmedica@banxico.org.mx	Médicas u odontológicas

La información que deberá ser remitida para dar atención a las quejas es:

- Nombre del prestador o persona que genera la inconformidad.
- Lugar, hora y fecha de la atención o situación no satisfactoria.
- Nombre, clave y teléfono de la persona que presenta la queja.
- Descripción del motivo u origen de la queja.

Documentos Complementarios

En las siguientes referencias y documentos, usted podrá consultar información complementaria a lo señalado en este Manual:

Referencias:

- Costos de Referencia
- Cuadro Institucional de Medicamentos (CIM)
- Directorio Médico
- Esquemas de surtido de medicamentos
- Esquema de vacunación autorizado por Banco de México
- Formato de solicitud de cambio de nutriólogo
- Formato de solicitud de cambio de odontólogo tratante
- Procedimiento para tramitar un reembolso
- Lista de Exclusiones y Servicios Limitados en Hospitales

Instructivos:

- Autorizaciones Médicas
- Cambio de Plan de Beneficios
- Credencial de Servicios
- Gestión de incapacidades médicas para laborar
- Odontológico
- Para acceder a los beneficios del esquema preventivo y bienestar
- Servicio de Enfermería en Domicilio y Cuidadores Especiales

Los documentos antes referidos, se encuentran publicados en los medios de comunicación institucionales (Web Interno y Comunidad Banxico).



BANCO DE MÉXICO

www.banxico.org.mx