

Reglamento del Servicio Médico del Banco de México

| | |
|---|----|
| Capítulo I | |
| Disposiciones Generales | 3 |
| Capítulo II | |
| Cobertura de Enfermedades no Profesionales | 8 |
| Capítulo III | |
| Cobertura de Riesgos de Trabajo | 11 |
| Capítulo IV | |
| Incapacidades para el Trabajo..... | 12 |
| Capítulo V | |
| Atención a Derechohabientes..... | 13 |
| Capítulo VI | |
| Atención a Trabajadores con Licencia, Comisión o Permiso..... | 15 |
| Capítulo VII | |
| Registro de Derechohabientes..... | 16 |
| Capítulo VIII | |
| Administración del Plan de Salud Banxico..... | 18 |
| Capítulo IX | |
| Planes de Beneficios..... | 19 |
| Capítulo X | |
| De las Consultas Médicas y Servicios de Diagnóstico..... | 24 |
| Capítulo XI | |
| De los Servicios de Hospitalización..... | 26 |
| Capítulo XII | |
| De los Medicamentos en Farmacias..... | 29 |
| Capítulo XIII | |
| Del Servicio de Maternidad..... | 30 |
| Capítulo XIV | |
| De la Atención de Urgencia Médica y del Servicio de Ambulancia..... | 34 |
| Capítulo XV | |
| De la Rehabilitación..... | 35 |
| Capítulo XVI | |
| De los Servicios Dentales..... | 39 |

Capítulo XVII
De la Medicina Preventiva y Control de Enfermedades.....42

Capítulo XVIII
Otros Beneficios.....44

Capítulo XIX
Exclusiones Generales.....46

Capítulo XX
Disposiciones de Control.....50

Artículos Transitorios.....51

ANEXO 1.....56

ANEXO 2.....63

Capítulo I

Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1o. El presente Reglamento regirá la prestación de Servicio Médico que el Banco de México está obligado a otorgar a sus Trabajadores y Pensionados, así como a los Derechohabientes de ambos, 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 en estricto apego a las disposiciones contenidas sobre el particular tanto en la Ley de dicho Instituto, como en el Capítulo IX de las Condiciones Generales de Trabajo del referido Banco.

A dicha prestación también le serán aplicables los Manuales del Derechohabiente que en cada caso expida el Banco, considerando los diferentes Planes de Beneficios que ofrece a sus Derechohabientes, 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.

ARTÍCULO 2o. Para los efectos de este Reglamento deberá entenderse, en singular o plural, por:

Banco: Banco de México.

Carta de Pago: Mecanismo utilizado por el Banco para cubrir directamente a un Prestador de Servicios, el costo de algún Servicio Médico que brinde a los Derechohabientes, siempre que a juicio del propio Banco se justifique.

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 a dicho enfermo a su entorno familiar y social.

Comprobante: Documento que conforme a las disposiciones fiscales, acredita los gastos que se eroguen por Servicios Médicos a favor de los Derechohabientes.

Concubina o Concubinario: La mujer o el hombre con quien el Trabajador o la Trabajadora, el Pensionado o la Pensionada ha hecho vida marital, conforme a los criterios de temporalidad establecidos en la Ley del Seguro Social, o con la (el) que hubiere tenido hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio.

Condiciones Generales de Trabajo: Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México.

Copagos: Importe a cargo de los Derechohabientes por determinados Servicios Médicos que reciben en los Planes 2 y 3, conforme a los porcentajes que se establecen en el anexo 1 de este Reglamento.

Costo de Referencia: Importe máximo establecido por el Banco para el pago de la prestación de Servicios Médicos.

Credencial de Servicios: Instrumento expedido por el Banco para identificar a las personas que tienen la calidad de Derechohabientes del Servicio Médico.

Cuadro Institucional de Medicamentos: Catálogo que contiene los productos y medicamentos autorizados por el Banco, así como de aquellos que requieren autorización de éste, para ser utilizados en el otorgamiento de Servicios Médicos, el cual será publicado en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

Cuadro Institucional de Procedimientos Médico-Quirúrgicos: Catálogo que contiene la lista de procedimientos médicos que pueden ser utilizados en el otorgamiento de Servicios Médicos, el cual será publicado en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

Derechohabiente(s): Todas aquellas personas a las que se refieren los artículos 61 y 65 de las Condiciones Generales de Trabajo, en los casos y bajo las circunstancias que en los mismos se indican.

Directorio de Prestadores: Documento que contendrá un listado actualizado de centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, cadenas farmacéuticas, profesionistas y demás personas encargadas de prestar Servicios Médicos a los Derechohabientes, que será publicado en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

(Se deroga)

Elementos de Identificación: Instrumento que el Banco entregará a los Derechohabientes, que servirá para identificarse ante los Prestadores, a fin de acreditar su derecho al uso de los servicios que éstos brindan.

Escuela de Educación Especial: Centro educativo especializado en atender a quienes tienen limitaciones físicas o mentales de origen congénito o adquirido.

Instructivo: Documento emitido por el Banco, que contiene los lineamientos y criterios aplicables a la utilización del Servicio Médico por los Derechohabientes, publicado en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

Manuales del Derechohabiente: Documentos que emite el Banco que contienen información relativa al acceso de los Servicios Médicos, así como la información relacionada con diversas disposiciones que se prevén en este Reglamento, publicados en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

(Se deroga)

Pase a Especialidad: Documento expedido en formato físico o electrónico por el médico de primer contacto, que permite a un Derechohabiente del Plan 1 acudir con un médico especialista para la atención de sus padecimientos.

Pensionado o Pensionada: Trabajador o Trabajadora que haya obtenido pensión por jubilación o vitalicia de retiro, especial por retiro, invalidez o incapacidad permanente total, de conformidad con las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México.

Plan de Salud Banxico: Modelo de Cobertura y Planes de Beneficios de Salud del Banco de México.

Plan de Beneficios: Modelos de atención médica que administra el Banco para la prestación de los servicios materia de este Reglamento, que se clasifican en Plan 1, Plan 2 y Plan 3.

Plaza de Adscripción: Localidad en la cual el Trabajador presta sus servicios al Banco. En el caso de Pensionados, la localidad se considera como el lugar en donde obtuvieron su derecho a la pensión.

Prestador o Prestador de Servicios Médicos: Conjunto de centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, cadenas farmacéuticas, profesionistas y demás personas que ofrecen Servicios Médicos a los Derechohabientes.

Prestadores dentro de Red: Aquellos Servicios Médicos que un Derechohabiente utiliza con Prestadores incluidos en el Directorio de Prestadores, que son contratados y pagados directamente por el Banco.

Prestadores fuera de Red: Aquellos Servicios Médicos que un Derechohabiente contrata y paga directamente a un Prestador que no se encuentra incluido en el Directorio de Prestadores.

Reembolso: Mecanismo utilizado por el Banco, para reintegrar a los Titulares, o a falta de éstos, a quien corresponda, parte o la totalidad del costo de algunos Servicios Médicos recibidos y pagados por los Derechohabientes, de conformidad con lo previsto en este Reglamento.

Reglamento: Reglamento del Servicio Médico del Banco de México y sus anexos.

Servicios Médicos: Asistencia médica, quirúrgica, dental, farmacéutica, hospitalaria, de rehabilitación, estudios de laboratorio y gabinete, así como actividades de medicina preventiva, servicios y equipo de apoyo en domicilio, aparatos de prótesis y de ortopedia que sean necesarios para la atención de los Derechohabientes, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento.

Sindicato: Sindicato Único de Trabajadores del Banco de México.

Titular(es): Trabajador, Trabajadora, Pensionado y Pensionada del Banco.

Trabajador o Trabajadora: Persona física que presta al Banco un servicio personal subordinado a cambio de un salario.

Urgencia Médica: Toda aquella condición o lesión que ocurre de 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. 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.

ARTÍCULO 3o. El Banco estará obligado a proporcionar Servicios Médicos únicamente a las personas señaladas en los artículos 61 y 65 de las Condiciones Generales de Trabajo, que cumplan con los requisitos previstos en el presente Reglamento y demás disposiciones que al efecto emita el Banco.

ARTÍCULO 4o. La prestación de Servicios Médicos se proporcionará, cuando menos, en las plazas en donde el Banco tenga establecida su Oficina Central, Sucursales o Cajas Regionales, por conducto de los Prestadores de Servicios Médicos.

ARTÍCULO 5o. El Banco proporcionará a los Titulares y a sus Derechohabientes, los Elementos de Identificación que deberán presentar a los Prestadores de Servicios Médicos para el uso de la prestación a que se refiere este Reglamento.

ARTÍCULO 6o. Los Titulares deberán proporcionar al Banco, en forma completa y veraz, la documentación e información que les sea requerida por éste, 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 Banco lo requiera.

ARTÍCULO 7o. El Banco, sin responsabilidad a su cargo, podrá suspender la prestación de Servicios Médicos a quienes no cumplan con los requisitos de registro y actualización establecidos en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 8o. Serán a cargo de los Titulares, o a 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 Banco, salvo en los casos de Urgencia Médica comprobada a entera satisfacción del propio Banco, conforme a lo establecido para tal efecto en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 9o. Los actos u omisiones de los Derechohabientes que impliquen una conducta indebida, relacionada con el uso de los Servicios Médicos y/o que causen daño al patrimonio del Banco serán 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 10. 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 Banco 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 Banco 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.

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 1, mientras conserven la calidad de Derechohabientes.

ARTÍCULO 11. Los Trabajadores que den por terminada su relación laboral con el Banco por causas distintas a la obtención de una pensión, así como sus Derechohabientes, mantendrán el derecho de recibir la prestación de Servicios Médicos exclusivamente en el Plan 1, durante el plazo de ocho semanas, o bien, el que para tales efectos establezca el Instituto Mexicano del Seguro Social en el momento de la terminación de la relación laboral.

Si durante el plazo establecido en el párrafo anterior, el Trabajador que cause baja, o los que sean sus Derechohabientes a esa fecha, se encuentran hospitalizados, la prestación de Servicio Médico se prorrogará hasta que sean egresados del centro hospitalario.

ARTÍCULO 12. Cualquier suma de dinero que el Titular adeude al Banco con motivo del uso de la prestación de Servicios Médicos será descontada del salario, de la pensión, o podrá ser cobrada a través de cualquier otro medio, según sea el caso, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

ARTÍCULO 13. Los adeudos que tuvieren los Trabajadores a favor del Banco derivados del uso de los Servicios Médicos, tanto de ellos como de sus Derechohabientes, serán descontados de cualquier suma de dinero que el Banco deba entregar a los Trabajadores a la terminación de su relación de trabajo.

ARTÍCULO 14. Los Trabajadores que den por terminada su relación laboral con el Banco por causas distintas a la obtención de una pensión, deberán devolver al Banco las Credenciales de Servicios y cualquier otro medio que le hayan sido asignados tanto a él como a sus Derechohabientes. En esos casos, el Banco, entregará a esas personas los Elementos de Identificación necesarios para hacer uso de los Servicios Médicos, en los términos del artículo 11 de este Reglamento.

De igual forma, cuando un Derechohabiente deje de cumplir los requisitos para continuar disfrutando de la prestación de Servicios Médicos, el Titular deberá entregar al Banco 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 Banco, conforme a lo previsto en el artículo 9o., y demás aplicables de este Reglamento.

ARTÍCULO 15. 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 Banco.

Capítulo II

Cobertura de Enfermedades no Profesionales

ARTÍCULO 16. En caso de enfermedad no profesional o de accidente que no sea de trabajo, los Trabajadores tendrán derecho a:

I. Los Servicios Médicos que sean necesarios, desde el comienzo de la enfermedad y durante un plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento. No se computará el mencionado plazo, si el Trabajador se encuentra sometido a un tratamiento que no lo incapacite para el trabajo y que le permita continuar desempeñando sus labores.

Si al concluir el plazo de cincuenta y dos semanas el Trabajador continúa enfermo, el Banco prorrogará el tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas más, previo dictamen médico o clínico expedido por un profesional que el Banco designe.

Se considerarán como la misma enfermedad, las recaídas y las complicaciones de un padecimiento.

II. Recibir, en caso de incapacidad, su salario íntegro hasta por un plazo de cincuenta y dos semanas. Si concluido este plazo el Trabajador continúa incapacitado, el Banco, previo dictamen médico o clínico expedido por un profesional que el Banco designe, podrá prorrogar el pago del salario íntegro hasta por cincuenta y dos semanas más.

III. Internación en Casa de Asistencia Médica para convalecer de una enfermedad por la cual se le hubieren otorgado las prestaciones señaladas en las fracciones precedentes. Lo anterior, cuando a juicio de un profesional designado por el Banco sea necesario para restablecer su capacidad en el trabajo.

ARTÍCULO 17. También tendrán derecho, en caso de enfermedad, a los servicios que señalan las fracciones I y III del artículo inmediato anterior, durante un plazo máximo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento, las personas siguientes:

I. Los Pensionados.

II. El o la cónyuge o la Concubina o Concubinario del Trabajador. Si hubiere varias Concubinas o Concubinarios ninguno tendrá derecho a las prestaciones de que se trata.

(Se deroga)

(Se deroga)

III. El o la cónyuge del Pensionado o Pensionada. A falta de cónyuge, la Concubina o Concubinario del Pensionado o Pensionada en términos de la fracción anterior.

(Se deroga)

IV. 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 Banco, 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 Banco 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 Médicos hasta la fecha en que cumplan los veinticinco años, deberán entregar al Banco un escrito en el cual manifiesten, bajo protesta de decir verdad, que se reúnen dichos requisitos y que se obligan a notificar al Banco, cuando así ocurra, que sus hijos han dejado de reunir tales requisitos. Con dicho escrito se prorrogará continuamente el uso de los Servicios Médicos a los hijos hasta el momento en que cumplan veinticinco años o hasta que el Titular notifique al Banco que sus hijos dejaron de reunir los requisitos mencionados, lo que ocurra primero. El Banco se reserva en todo momento el derecho de verificar, por sí o a través de terceros, la veracidad de tal declaración. 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 7o., 9o. y demás relativos de este Reglamento.

A falta de Titular, los Derechohabientes que se encuentren en los supuestos previstos en esta fracción, deberán suscribir a nombre y por cuenta propia el escrito mencionado.

Los Titulares, a cuyos hijos se hubieren suspendido los Servicios Médicos, podrán reactivarlos con la entrega del escrito citado en el segundo párrafo de esta fracción. La reactivación surtirá efectos a partir del día hábil siguiente de la fecha de entrega de dicho documento.

V. El padre y/o la madre de los Trabajadores o Pensionados, que vivan en el hogar de éstos, según corresponda. El Banco, previo dictamen médico o clínico expedido por un profesional que el propio Banco designe, de conformidad con las disposiciones de carácter general que al efecto emita este último, podrá exceptuar el mencionado requisito de convivencia.

VI. El padre y/o la madre de los Trabajadores o Pensionados que fallezcan, si tenían derecho a esta asistencia al ocurrir el deceso.

VII. Los pensionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en su carácter de Derechohabientes de Trabajadores o Pensionados que fallezcan.

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

En los casos de las fracciones IV y V deberán depender económicamente de los Trabajadores o Pensionados y no tener por sí mismos derechos propios a similares prestaciones.

En el caso del cónyuge, Concubina o Concubinario, podrá otorgársele la prestación de Servicios Médicos del Banco, excepto cuando goce de una prestación de Servicios Médicos similar a la otorgada por el Banco, 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.

(Se deroga)

(Se deroga)

ARTÍCULO 18. (Se deroga)

ARTÍCULO 19. Para efectos de determinar los plazos a que se refiere la fracción I del artículo 16 de este Reglamento, se entenderá por comienzo de una enfermedad, el día en que el Banco por sí o a través de terceros certifique su existencia, pudiendo el Banco reconocer una fecha anterior de comienzo de la enfermedad, cuando el Trabajador se la demuestre plenamente.

ARTÍCULO 20. Cuando el Trabajador, por motivos de enfermedad no profesional, se encuentre incapacitado para laborar, el tiempo de tratamiento para el mismo padecimiento se limitará a los plazos a que se refiere la fracción I del artículo 16 de este Reglamento, siempre que el periodo de incapacidad sea continuo o con interrupciones menores de ocho semanas. Si hay interrupciones de la incapacidad de ocho semanas o más, durante las cuales el Trabajador se haya reincorporado a sus labores, previo dictamen médico o clínico expedido por un profesional que el Banco designe, la presentación del mismo cuadro patológico se considerará como una nueva enfermedad.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, el Banco podrá dictaminar que se trata de un mismo padecimiento, aún con las interrupciones en la incapacidad, en los casos que cuente con elementos clínicos que lo sustenten.

ARTÍCULO 21. Si al concluir los plazos a que se refiere el artículo inmediato anterior, el profesional que el Banco designe considera que el Trabajador pudiere recobrar la salud en un tiempo previsible, o si fuera de temer que el abandono del tratamiento pudiere agravar la enfermedad u ocasionar invalidez, el Banco prorrogará los Servicios Médicos hasta por un plazo no mayor de veintiséis semanas. Transcurrido este último plazo se estará a lo dispuesto por la Ley del Seguro Social.

Capítulo III

Cobertura de Riesgos de Trabajo

ARTÍCULO 22. Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los Trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

ARTÍCULO 23. Se considerará accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste.

También se considerará como accidente de trabajo, el que se produzca al trasladarse el Trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél.

ARTÍCULO 24. Se considerará enfermedad de trabajo todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el Trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

ARTÍCULO 25. En caso de riesgo de trabajo, el Trabajador tendrá derecho a las siguientes prestaciones:

I. Servicios Médicos.

II. Recibir su salario íntegro mientras dure la inhabilitación y hasta en tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien, se declare la incapacidad permanente parcial o total.

III. Rehabilitación.

No se considerarán riesgos de trabajo los que sobrevengan por las causas a que se refiere la Ley del Seguro Social. En estos casos, el Banco estará obligado a prestar al Trabajador los primeros auxilios y a cuidar del traslado de éste a su domicilio o a un centro hospitalario.

ARTÍCULO 26. El Trabajador, por sí o a través de un tercero, deberá dar aviso al Banco de los accidentes de trabajo que le sucedan al trasladarse directamente de su domicilio al lugar en que desempeña su trabajo o de éste a su domicilio.

Dicho aviso deberá notificarse dentro de las veinticuatro horas siguientes al accidente, para que el Banco esté en posibilidad de avisar a su vez al Instituto Mexicano del Seguro Social, en cumplimiento a lo dispuesto en el Convenio de Subrogación de Servicios celebrado con dicho Instituto.

Capítulo IV

Incapacidades para el Trabajo

ARTÍCULO 27. Cuando previa valoración médica del Trabajador, el médico u odontólogo tratante declare el estado de incapacidad para el trabajo, así como el número de días de su duración, el Trabajador, por sí o a través de un tercero, deberá notificarlo de inmediato al Banco a través de los medios electrónicos institucionales que este último tiene establecidos para tal efecto, sin perjuicio de que el Banco ratifique dicho estado de incapacidad, a través de un médico u odontólogo designado por el propio Banco.

El Trabajador incapacitado deberá notificar de inmediato a su jefe, por sí o a través de un tercero, el periodo de la incapacidad médica que haya declarado el médico u odontólogo tratante.

Cuando se trate de un evento programado que requiera el otorgamiento de un periodo de incapacidad, el Trabajador deberá informar con anticipación a su superior jerárquico, en el momento en que tenga conocimiento del evento.

No procederá el otorgamiento de incapacidad cuando el Trabajador se someta voluntariamente a tratamientos o estudios no autorizados en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 28. La incapacidad que pudiera corresponder a los Trabajadores registrados en el Plan 1 y 2 deberá ser emitida por un médico u odontólogo del Directorio de Prestadores.

Cuando excepcionalmente, los Trabajadores registrados en el Plan 1 y 2 se sometan a tratamientos con médicos u odontólogos fuera del Directorio de Prestadores, o bien, en el caso de los Trabajadores que pertenecen al Plan 3, las incapacidades para ser válidas, deberán ser ratificadas por un médico u odontólogo designado por el propio Banco.

Capítulo V

Atención a Derechohabientes

ARTÍCULO 29. Los Derechohabientes podrán utilizar libremente los Servicios Médicos contratados por el Banco en el territorio nacional, sujetándose al Plan de Beneficios que les corresponda.

ARTÍCULO 30. Cuando los Derechohabientes residan en alguna localidad del territorio nacional donde el Banco no tenga contratados Servicios Médicos, tendrán derecho a que éste les efectúe el Reembolso de los gastos médicos que hubieren erogado en dicha localidad, conforme al Plan de Beneficios que les corresponda, y las disposiciones que para tales efectos emita el Banco.

Para los Derechohabientes inscritos en los Planes 1 y 2, dicho Reembolso se realizará considerando el Costo de Referencia que el Banco tenga establecido.

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 Banco dentro del mes siguiente a dicho cambio.

ARTÍCULO 31. 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 y que por esa razón sea necesario que éste se atienda en algún otro lugar dentro del territorio nacional, el Banco cubrirá, a través de Reembolso y conforme a los criterios, Costo de Referencia y porcentajes establecidos en el anexo 2 de este Reglamento, sus pasajes y viáticos, de acuerdo a las disposiciones que emita para tales efectos. De igual forma, en estos casos y cuando el Derechohabiente lo solicite por escrito, el Banco otorgará anticipos por los conceptos antes mencionados de acuerdo a lo previsto en el referido anexo.

El Banco 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 y asimismo será quien autorice la procedencia del pago de pasajes y viáticos de acuerdo con las disposiciones que emita para tales efectos.

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

ARTÍCULO 32. 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 Banco podrá autorizar la atención fuera del país, en cuyo caso cubrirá, a través de Reembolso o Carta de Pago, conforme a los criterios, Costo de Referencia y porcentajes establecidos en el anexo 2 de este Reglamento, sus pasajes y viáticos y, cuando a juicio del Banco 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 Banco otorgará anticipos por los conceptos antes mencionados de acuerdo a lo previsto en el referido anexo.

El Banco 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 Banco.

Tratándose de estas atenciones médicas, el Banco 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 Banco le requiera.

ARTÍCULO 33. Si en los supuestos a que se refieren los artículos 31 y 32 de este Reglamento, alguna de las personas falleciera, el Banco cubrirá mediante Reembolso los gastos de traslado del cuerpo, a través del medio de transporte que el mismo Banco elija, del lugar donde ocurrió el deceso a su lugar de residencia.

Capítulo VI

Atención a Trabajadores con Licencia, Comisión o Permiso

ARTÍCULO 34. Los Trabajadores con licencia para la realización de estudios en el país o en el extranjero, para la atención de asuntos familiares o por otros motivos especiales, así como sus Derechohabientes, mantendrán su derecho de hacer uso de los Servicios Médicos materia de este Reglamento, cuando se encuentren en el territorio nacional, en los mismos términos en que los disfrutaban cuando el Trabajador se encontraba en activo.

ARTÍCULO 35. Los Trabajadores a quienes se les otorgue licencia para desempeñar un cargo o puesto en la Administración Pública Federal Centralizada o en la Paraestatal, en la Procuraduría General de la República, en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, o cuando sea de interés para el Banco, en bancos centrales, organismos financieros internacionales o con propósitos de cooperación económica internacional, no tendrán derecho, tanto ellos como sus Derechohabientes, al uso de los Servicios Médicos del Banco, durante la vigencia de la misma.

ARTÍCULO 36. Los Trabajadores durante la vigencia de las comisiones y permisos a que se refiere el artículo 46 de las Condiciones Generales de Trabajo, al igual que sus Derechohabientes, conservarán su derecho al uso de los Servicios Médicos materia de este Reglamento.

Tratándose de comisiones fuera del país, en el evento de que las instituciones u organismos a los que hayan sido comisionados los Trabajadores, no provean de Servicios Médicos a éstos y a sus Derechohabientes, el Banco cubrirá mediante Reembolso, los gastos de Servicios Médicos erogados en el lugar de la comisión, sin perjuicio del Plan de Beneficios que les corresponda. Si los Servicios Médicos que requiere no estuviesen disponibles en el lugar de la comisión, se estará a lo previsto en el artículo 32 de este Reglamento. Adicionalmente, tendrán derecho al uso de los Servicios Médicos del Banco cuando se encuentren en territorio nacional de conformidad con el Plan de Beneficios en que se encuentren registrados.

Capítulo VII

Registro de Derechohabientes

ARTÍCULO 37. El Banco establecerá los procedimientos que permitan asegurar que los Servicios Médicos se otorguen exclusivamente a las personas que tengan derecho a éstos, conforme a lo que disponen las Condiciones Generales de Trabajo.

ARTÍCULO 38. Para registrar a una persona como Derechohabiente se deberá acudir a la unidad administrativa facultada por el Banco y entregar la siguiente documentación:

I. Hijos: Copia certificada expedida por el Registro Civil de su acta de nacimiento.

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 9o. y 12 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 49 del presente Reglamento.

II. Cónyuge: Copia certificada expedida por el Registro Civil de su acta de nacimiento, copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de matrimonio 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 Banco, conforme a lo establecido en el cuarto párrafo del artículo 17.

III. (Se deroga)

IV. Concubina o Concubinario: Copia certificada expedida por el Registro Civil de su acta de nacimiento, 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 Banco conforme a lo establecido en el cuarto párrafo del artículo 17 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.

V. Padres: Copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de nacimiento 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. El Banco 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 Banco sobre el registro que corresponda. Para los efectos previstos en este artículo se estará a lo dispuesto por los artículos 6o., 7o., 9o., 12 y demás relativos de este Reglamento.

ARTÍCULO 39. 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 Banco.

Capítulo VIII

Administración del Plan de Salud Banxico

ARTÍCULO 40. El Banco administrará la prestación de los Servicios Médicos. En todo caso, los Derechohabientes deberán sujetarse a los procedimientos que se establezcan en los Manuales del Derechohabiente que emita el Banco, así como a los Instructivos y disposiciones que el propio Banco expida para regular el uso de los Servicios Médicos.

ARTÍCULO 41. El Banco dará a conocer de manera informativa a los Titulares, los Manuales del Derechohabiente e Instructivos a que se refiere el artículo inmediato anterior.

ARTÍCULO 42. (Se deroga)

Capítulo IX

Planes de Beneficios

ARTÍCULO 43. Para el otorgamiento de los Servicios Médicos, el Banco contará con tres distintos Planes de Beneficios, identificados respectivamente como Plan 1, Plan 2 y Plan 3.

ARTÍCULO 44. Los Trabajadores de nuevo ingreso serán registrados automáticamente en el Plan 1, sin embargo, tendrán un plazo de tres meses contado a partir de su fecha de ingreso al Banco para solicitar el cambio a otro Plan, el cual surtirá sus efectos el día hábil siguiente a aquel en que el Trabajador lo solicite. Una vez concluido dicho plazo, el cambio de Plan de Beneficios será conforme a lo previsto en el primer párrafo del artículo 46.

ARTÍCULO 45. Los Derechohabientes de los Titulares serán registrados en el mismo Plan de Beneficios en que estén registrados los Titulares.

ARTÍCULO 46. Los Titulares tendrán la posibilidad de cambiar de Plan de Beneficios. El cambio deberá solicitarse en el periodo comprendido entre enero y septiembre de cada ejercicio, para que entre en vigor el primero de enero del año inmediato posterior al año en que fue solicitado. En caso de que la solicitud se realice en el último trimestre del año, el cambio entrará en vigor una vez concluido el año inmediato posterior al año en que se haya solicitado éste.

- I. (Se deroga)
- II. (Se deroga)
- III. (Se deroga)

El Banco registrará el cambio de Plan de Beneficios a partir del día hábil siguiente a aquel en que se haya solicitado, el cual entrará en vigor conforme a lo establecido en el párrafo primero de este artículo.

Los Titulares serán responsables de solicitar a la unidad administrativa correspondiente, la actualización y canje de las Credenciales de Servicios tanto de ellos como de sus Derechohabientes.

Sin perjuicio de lo dispuesto en este Reglamento, en caso de fallecimiento del Titular, el Banco cuando así lo estime procedente, podrá autorizar el cambio de los Derechohabientes registrados en los Planes 2 o 3 al Plan 1.

El cambio referido en el párrafo anterior surtirá sus efectos a partir del día hábil siguiente a aquel en que el Banco lo haya autorizado.

ARTÍCULO 46 Bis. Cuando el Titular obtenga, de manera anticipada la pensión vitalicia de retiro a que se refiere el segundo párrafo del artículo 80 de las Condiciones Generales de Trabajo, a partir del otorgamiento de la misma el Banco lo registrará junto con sus Derechohabientes en el Plan 2 o 3, independientemente del Plan de Beneficios que en su calidad de Trabajador hubiere disfrutado con anterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 47. El Banco establecerá diferentes porcentajes de Copagos que los Titulares deberán realizar por los Servicios Médicos, que tanto ellos como sus Derechohabientes utilicen para la adecuada atención de su salud, de acuerdo al Plan de Beneficios en que estén registrados. El Plan 1 no está sujeto a Copago alguno, con excepción de los conceptos mencionados en el anexo 1 de este Reglamento.

Los porcentajes de Copagos, correspondientes al Plan 2 y al Plan 3 se contienen en el anexo 1 de este Reglamento.

El Banco cobrará, en una sola exhibición, el importe de los Copagos o descuentos originados por uso indebido de los Servicios Médicos, de conformidad con lo establecido en el artículo 12. No obstante, cuando así lo determine, podrá aplicarlos mediante parcialidades.

Cuando el Trabajador obtenga de manera anticipada la pensión vitalicia de retiro a que se refiere el segundo párrafo del artículo 80 de las Condiciones Generales de Trabajo, el monto de los Copagos que a él o sus Derechohabientes corresponda, será ilimitado.

ARTÍCULO 48. Cuando los Titulares acumulen, durante un año calendario, gastos por Copagos hasta el límite anual de desembolso, derivados de los Servicios Médicos que el Banco determine, recibidos por ellos y sus Derechohabientes, no tendrán obligación de efectuar Copagos adicionales por dichos Servicios Médicos por el resto de dicho año calendario. En el caso de que el Titular inicie el uso de los Servicios Médicos en fecha diferente al primer día del año, será aplicable el mismo límite a que se refiere este artículo, con independencia de los meses que falten por transcurrir.

El límite anual de desembolso por Copagos 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.

En el caso de 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 Copagos por los Servicios Médicos recibidos por él o por sus Derechohabientes, se aplicará lo dispuesto en los artículos 46 Bis y 47, último párrafo de este Reglamento.

ARTÍCULO 49. El Banco establecerá, para todos los Planes de Beneficios, los Costos de Referencia para 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 Médicos.

Los Costos de Referencia, 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 prestados, deberán presentarse ante el Banco 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 Banco determinará el importe máximo de Reembolso atendiendo al Costo de Referencia, en caso de que resulte procedente.

ARTÍCULO 50. El Banco podrá modificar el límite anual de Copagos por grupo familiar y sus conceptos; el límite anual de Copagos por atenciones hospitalarias con Prestadores fuera de Red, así como los Costos de Referencia 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 a los límites anuales de Copagos por grupo familiar y por atenciones hospitalarias con Prestadores fuera de Red, se actualizarán anualmente o 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 del monto vigente.

II. Los Costos de Referencia de Reembolso se actualizarán anualmente o 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.

Sin perjuicio de los supuestos previstos en las fracciones I y II anteriores, el Banco, mediante disposiciones de carácter general, podrá efectuar las modificaciones que considere necesarias, incluyendo a los porcentajes de Copagos y conceptos de Servicios Médicos sujetos a éstos y los Costos de Referencia.

PLAN 1

ARTÍCULO 51. El Plan 1 es aquel mediante el cual, el Banco 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 52. Los Servicios Médicos que se otorguen a través del Plan 1 serán cubiertos directamente por el Banco a los Prestadores de Servicios del Directorio de Prestadores de este Plan, con excepción de aquellos mencionados en el artículo 58 de este Reglamento.

ARTÍCULO 53. 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 este Plan. Dicha red se integra con médicos generales, familiares, pediatras, internistas, geriatras y homeópatas.

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 Banco establezca.

ARTÍCULO 54. En adición a los médicos de primer contacto, los Derechohabientes registrados en este Plan, podrán acudir directamente con los gineco-obstetras, oftalmólogos y prestadores de servicios dentales del Directorio de Prestadores de este Plan.

ARTÍCULO 55. Para poder acudir con médicos de especialidad distinta a las mencionadas en los dos artículos anteriores, se deberá contar con el Pase a Especialidad, conforme a los procedimientos establecidos por el Banco.

ARTÍCULO 56. El acceso a los Servicios Médicos complementarios como son centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, casas de ortopedia, entre otros, incluidos en el Directorio de Prestadores de este Plan, requerirán las prescripciones respectivas de los médicos tratantes de ese Directorio, conforme a los procedimientos que el Banco tenga establecidos.

ARTÍCULO 57. Los medicamentos prescritos por los médicos y odontólogos tratantes del Directorio de Prestadores del Plan 1, deberán ser surtidos exclusivamente en las farmacias que se listan en dicho Directorio.

ARTÍCULO 58. El Banco realizará el Reembolso a los Titulares, conforme a los porcentajes y Costos de Referencia 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 Médicos previstos en dicho anexo.

PLAN 2

ARTÍCULO 59. (Se deroga)

El Plan 2 es aquel mediante el cual el Banco pone a disposición de los Derechohabientes inscritos en el mismo, los Servicios Médicos que se incluyen en el Directorio de Prestadores de este Plan, para que elijan exclusivamente de entre éstos, sin necesidad de acudir a un médico de primer contacto, los que consideren convenientes para la atención de sus padecimientos y el cuidado de su salud.

ARTÍCULO 60. Los Servicios Médicos que se otorguen a través del Plan 2 serán cubiertos directamente por el Banco a los Prestadores de Servicios del Directorio de este Plan y se descontará al Titular, del salario o de la pensión, según se trate, los porcentajes de Copagos que correspondan a los servicios utilizados.

ARTÍCULO 61. Para aquellos servicios mencionados en el anexo 1 de este Reglamento, el Banco realizará el Reembolso al Titular de las cantidades que hubiera erogado conforme a los porcentajes y Costos de Referencia consignados en dicho anexo.

ARTÍCULO 62. Las consultas médicas serán otorgadas por cualesquiera de los médicos y demás profesionales relacionados con la salud incluidos en el Directorio de Prestadores de este Plan, sin que para ello se requiera Pase a Especialidad o autorización alguna.

ARTÍCULO 63. El acceso a los Servicios Médicos complementarios, como son centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, casas de ortopedia, entre otros, incluidos en el Directorio de Prestadores del Plan 2, requerirán las prescripciones respectivas de los médicos tratantes de dicho Directorio, conforme a los procedimientos que el Banco tenga establecidos.

ARTÍCULO 64. Los medicamentos prescritos por los médicos y odontólogos tratantes del Directorio de Prestadores del Plan 2, deberán ser surtidos exclusivamente en las farmacias que se listan en dicho Directorio.

PLAN 3

ARTÍCULO 65. El Plan 3 es aquel mediante el cual el Banco proporciona Servicios Médicos, en los mismos términos del Plan 2, a los Derechohabientes inscritos en dicho Plan, con la adición de que los Derechohabientes registrados en este Plan podrán elegir libremente Servicios Médicos, que no formen parte del Directorio de Prestadores del Plan 2, dentro del territorio nacional.

ARTÍCULO 66. Los Derechohabientes registrados en este Plan, cuando elijan libremente Servicios Médicos que no formen parte del Directorio de Prestadores del Plan 2, deberán pagar directamente por los servicios recibidos y entregar al Banco los Comprobantes de los gastos efectuados, la receta médica con el diagnóstico y fecha de expedición, y adicionalmente, los informes médicos que el Banco les requiera, para obtener el Reembolso de las cantidades que resulten procedentes después de deducir los porcentajes de Copago

correspondientes al Plan 3 para atenciones fuera de red, contenidos en el anexo 1 de este Reglamento.

El Banco, cuando así lo determine, podrá realizar el pago directo a los Prestadores de Servicios, por la atención a los Derechohabientes pertenecientes a este Plan a través de la Carta de Pago.

ARTÍCULO 66 Bis. A los Derechohabientes registrados en este Plan que reciban Servicios Médicos dentro de Red, pero no se identifiquen con su Credencial de Servicios como Derechohabientes del Banco, les será aplicable el porcentaje de Copago establecido para Prestadores fuera de Red.

Sin embargo, cuando reciban Servicios Médicos y obtengan Comprobantes por un precio igual o inferior al Costo de Referencia, se aplicará el porcentaje de Copago para Prestadores dentro de Red.

ARTÍCULO 67. Para efectos del límite de desembolso a que se refiere el artículo 48 de este Reglamento, los Copagos por los conceptos de Servicios Médicos previstos en el anexo 1 del mismo, serán acumulables aun cuando éstos deriven de Servicios Médicos otorgados por Prestadores fuera de Red.

ARTÍCULO 68. Para los Trabajadores registrados en este Plan, el Banco autorizará el Reembolso por examen médico periódico, conocido como "*check-up*", en el lugar de su elección, hasta el Costo de Referencia estipulado en el anexo 1 de este Reglamento. Este beneficio se otorgará cada año calendario a aquellos que tengan de 40 años de edad en adelante y cada dos años calendario para los Trabajadores menores de 40 años de edad.

Capítulo X

De las Consultas Médicas y Servicios de Diagnóstico

ARTÍCULO 69. El Banco proporcionará los servicios de consulta externa y los Servicios Médicos complementarios que sean necesarios para el diagnóstico de enfermedades de los Derechohabientes, ajustándose a los procedimientos descritos en este Reglamento y en los Manuales del Derechohabiente e Instructivos, así como al Directorio de Prestadores de los distintos Planes de Beneficios.

Para los Derechohabientes registrados en los Planes 2 y 3, el servicio de consulta considera un Copago, de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 70. Para la realización de estudios de laboratorio y/o gabinete, se requerirá que éstos sean prescritos por el médico tratante. Los Derechohabientes registrados en el Plan 3, podrán efectuarlos con Prestadores de Servicios de su elección. De no estar éstos incluidos en el Directorio de Prestadores del Plan 2, estarán sujetos a los Copagos señalados en el anexo 1 de este Reglamento. En ese caso, deberán solicitar al Banco el Reembolso correspondiente, adjuntando, por cada evento, la receta médica con la prescripción, diagnóstico, datos del médico tratante, fecha de expedición y el Comprobante respectivo.

ARTÍCULO 71. El Banco autorizará directamente al médico tratante que forme parte del Directorio de Prestadores del Plan 1 y/o del Plan 2, la prescripción de estudios de laboratorio y/o gabinete. Los estudios que requieren autorización previa para su realización, serán publicados y actualizados por el Banco en los medios electrónicos institucionales que tenga establecidos.

- I. (Se deroga)
- II. (Se deroga)
- III. (Se deroga)
- IV. (Se deroga)
- V. (Se deroga)
- VI. (Se deroga)
- VII. (Se deroga)
- VIII. (Se deroga)
- IX. (Se deroga)
- X. (Se deroga)
- XI. (Se deroga)
- XII. (Se deroga)
- XIII. (Se deroga)
- XIV. (Se deroga)
- XV. (Se deroga)
- XVI. (Se deroga)
- XVII. (Se deroga)
- XVIII. (Se deroga)
- XIX. (Se deroga)
- XX. (Se deroga)
- XXI. (Se deroga)
- XXII. (Se deroga)
- XXIII. (Se deroga)
- XXIV. (Se deroga)
- XXV. (Se deroga)
- XXVI. (Se deroga)

XXVII. (Se deroga)

(Se deroga)

Capítulo XI

De los Servicios de Hospitalización

ARTÍCULO 72. 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 73. En los casos a que se refiere el artículo inmediato anterior, el médico tratante que forme parte del Directorio de Prestadores del Plan 1 y/o del Plan 2, solicitará previamente al Banco las autorizaciones respectivas.

ARTÍCULO 74. En las hospitalizaciones, el Banco pagará el costo de habitación estándar privada. Los Derechohabientes que 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.

ARTÍCULO 75. Para los Derechohabientes registrados en los Planes 1 y 2, los servicios de hospitalización se proporcionarán a través de los centros hospitalarios contratados por el Banco, incluidos en los respectivos Directorios de Prestadores de cada Plan de Beneficios. El Banco pagará directamente los servicios de hospitalización de los Planes a que se refiere este artículo.

ARTÍCULO 76. Los Derechohabientes registrados en el Plan 3 podrán:

I. Utilizar los servicios de los centros hospitalarios del Plan 2. En este caso, el Banco cubrirá directamente a dichos centros, el costo de los Servicios Médicos proporcionados. En el evento de que el médico tratante del Derechohabiente no forme parte del Directorio de Prestadores del Plan 2, el Derechohabiente por sí o a través de un tercero, deberá dar aviso al Banco de su hospitalización, a fin de que éste pueda tramitar la Carta de Pago correspondiente.

II. Elegir el centro hospitalario de su preferencia fuera del Directorio de Prestadores del Plan 2. En este caso, el Derechohabiente pagará directamente el costo total de los Servicios Médicos recibidos al momento de ser dado de alta. Posteriormente, solicitará al Banco el Reembolso respectivo, sujeto al Copago señalado en el anexo 1 de este Reglamento, debiendo anexar los Comprobantes, 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.

El Banco, cuando así lo determine, podrá utilizar Carta de Pago para cubrir los servicios prestados a los Derechohabientes.

ARTÍCULO 77. 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.

ARTÍCULO 78. El Banco no tendrá ninguna obligación a su cargo, en el evento de que el Derechohabiente, por decisión propia y sin causa médica justificada a criterio del Banco, se interne en un centro hospitalario, o prolongue su estancia una vez que obtuvo el alta médica.

ARTÍCULO 79. El médico tratante, con autorización del Banco podrá indicar la hospitalización del Derechohabiente, en cualquiera de los siguientes casos:

I. Cuando la enfermedad requiera atención o asistencia que no pueda ser adecuadamente proporcionada en los servicios extrahospitalarios o en su domicilio, por no contarse 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 mentalmente, 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 80. El Banco 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 Banco 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 3 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 Banco no autorizará estancias vitalicias en Casa de Medio Camino u hospital psiquiátrico.

El Banco 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 81. 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 82. En casos de Urgencia Médica no se requerirá de autorización previa del Banco para el internamiento del Derechohabiente.

En el evento de que el internamiento se hubiere realizado en un centro hospitalario no incluido en el Directorio de Prestadores del Plan de Beneficios que corresponda, el Derechohabiente, por sí o a través de terceros, deberá informarlo de inmediato al Banco, a fin de que éste, previo cumplimiento de los requisitos que correspondan, realice, en su caso, su traslado a un centro hospitalario del Plan de Beneficios en el que se encuentre registrado.

ARTÍCULO 83. 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 Banco, a través de la unidad administrativa competente.

Capítulo XII

De los Medicamentos en Farmacias

ARTÍCULO 84. El servicio de medicamentos en farmacias será proporcionado exclusivamente respecto de aquéllos 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 del propio Banco.

El Banco publicará y actualizará el Cuadro Institucional de Medicamentos en los medios electrónicos institucionales que tiene establecidos.

ARTÍCULO 85. Los medicamentos que se surtan o adquieran en farmacias, deberán haber sido indicados por el médico tratante.

Los Derechohabientes registrados en los Planes 1 y 2, surtirán sus medicamentos exclusivamente en las farmacias incluidas en el Directorio de Prestadores de sus respectivos Planes.

Para los Derechohabientes registrados en los Planes 2 y 3, este servicio considera un Copago, de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

Los Derechohabientes registrados en el Plan 3, podrán adquirir sus medicamentos en cualquier farmacia. En caso de requerir Reembolso, éste lo deberán solicitar al Banco, adjuntando el Comprobante que contenga la descripción de los medicamentos adquiridos, la receta médica con el diagnóstico y fecha de expedición, y adicionalmente, los informes médicos que el Banco les requiera para justificar la razonabilidad del tratamiento.

En caso de que, conforme a su Plan de Beneficios, los Derechohabientes del Plan 2 o 3 surtan medicamentos genéricos intercambiables, contenidos en el Cuadro Institucional de Medicamentos, tendrán derecho a que les resulte aplicable el Copago previsto para esas sustancias en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 86. El Banco autorizará al Titular y a su cónyuge, Concubina o Concubinario, dentro de los servicios de planificación familiar, el suministro de preservativos, anticonceptivos orales, transdérmicos y parenterales, dispositivo intrauterino (DIU) e implantes subdérmicos.

Los productos previstos en este artículo están exentos de Copago, 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 XIII

Del Servicio de Maternidad

ARTÍCULO 87. 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 Trabajadora y la Pensionada.

II. La cónyuge del Trabajador o del Pensionado y la Concubina a que se refieren las fracciones II y III del artículo 17 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 en los términos previstos en la fracción I, del artículo 38 de este Reglamento, que incluye los cuidados neonatales, el tamiz neonatal básico, tamiz auditivo y la circuncisión.

ARTÍCULO 88. La Trabajadora, además de la prestación señalada en el artículo inmediato anterior, tendrá derecho a:

I. Descanso prenatal, que corresponde a treinta días naturales de descanso anteriores a la fecha probable del parto y a descanso postnatal, que comprende sesenta días naturales posteriores contados a partir de éste.

No procede acumular al descanso postnatal los días que hubieren faltado del descanso prenatal.

De ocurrir el fallecimiento de la madre, o cuando después del parto ésta padezca una enfermedad grave, que le impida el cuidado del recién nacido, conforme al dictamen médico correspondiente, podrán disfrutar de los sesenta días naturales de descanso posteriores al parto, los Trabajadores del Banco que, indistintamente de su sexo, lleven a cabo el cuidado del hijo recién nacido durante sus primeros meses de vida. Los Trabajadores deberán acreditar el suceso respectivo.

En caso de embarazo múltiple, las madres Trabajadoras podrán disfrutar de una semana adicional de descanso, durante el periodo postnatal, por cada hijo recién nacido.

Si los hijos recién nacidos sufren cualquier tipo de discapacidad o requieren atención médica hospitalaria, el descanso postnatal se extenderá hasta catorce días naturales con goce de salario íntegro, previa presentación del dictamen médico correspondiente.

II. Salario íntegro hasta por los noventa días de descanso mencionados en la fracción anterior, siempre que no estén recibiendo otro subsidio por enfermedad o ejecutando algún otro trabajo remunerado.

En caso de que el período de descanso prenatal exceda de 30 días naturales, se estará a lo previsto en la fracción III del artículo 94.

III. Un mes de salario íntegro como ayuda extraordinaria para gastos del parto.

IV. 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.

V. Ayuda en efectivo para lactancia, correspondiente a 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 y podrá ser cubierto en una sola exhibición.

ARTÍCULO 89. La Pensionada, la cónyuge o la Concubina del Trabajador o del Pensionado a que se refiere la fracción II del artículo 87 del presente Reglamento, también tendrá derecho a recibir las prestaciones que se mencionan en las fracciones IV y V del artículo inmediato anterior por medio del Titular. De la misma forma tendrá derecho a recibir la cantidad equivalente a un mes íntegro de salario o de pensión, según se trate, como ayuda extraordinaria para gastos de alumbramiento. Lo anterior, conforme a las cantidades vigentes a la fecha de pago.

En el caso de adopción tendrán derecho a recibir las prestaciones a que se refieren las fracciones II, III y IV del artículo 89 Bis.

Las prestaciones a que se refiere este artículo únicamente se entregarán cuando no sean Trabajadoras del Banco, ya que para éstas se atenderá a lo dispuesto por los artículos 88 y 89 Bis de este Reglamento.

ARTÍCULO 89 Bis. Tratándose de adopción, las Trabajadoras tendrán derecho a partir de la formalización de la misma a:

I. Cuarenta y dos días naturales de descanso contados a partir de la formalización de la adopción. Este beneficio se otorgará siempre que se trate de adoptados que tengan hasta dos años de edad. El disfrute de estos días será con goce de salario y demás prestaciones.

II. Un mes de salario íntegro como ayuda extraordinaria por concepto de gastos de adopción.

III. Recibir, con motivo de la adopción, una canastilla cuyo valor será calculado en los mismos términos que indica la fracción IV del artículo 88 del presente Reglamento, conforme a lo dispuesto en el artículo 99.

IV. Ayuda en efectivo para lactancia durante los primeros seis meses de vida del adoptado, conforme a lo dispuesto en el artículo 100. A falta de la adoptante la ayuda deberá entregarse a la persona que provea la alimentación al adoptado. El importe mensual de la ayuda será en los mismos términos de lo señalado en la fracción V del artículo 88 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 90. A las personas a que se refiere el artículo 87 de este Reglamento, se les proporcionará asistencia obstétrica cuando la concepción se haya realizado previo o durante el periodo de conservación de derechos consignado en el artículo 11 del presente Reglamento. Asimismo, les corresponderá el recibir la canastilla y la ayuda para la lactancia previstas en las fracciones IV y V, respectivamente, del artículo 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 91. No tendrán derecho a los servicios a que se refiere el presente Capítulo, la madre y las hijas Derechohabientes de los Titulares.

ARTÍCULO 92. La asistencia obstétrica necesaria comenzará a partir del día en que el médico tratante constate el estado de embarazo.

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

ARTÍCULO 93. Para acreditar los días de descanso prenatal previsto en la fracción I del artículo 88 de este Reglamento, la Trabajadora deberá presentar, en la unidad administrativa que corresponda del Banco, una constancia médica emitida y firmada por el gineco-obstetra tratante, en la que se manifieste la fecha probable de parto. Esta fecha servirá de base para el cómputo de los treinta días naturales del descanso prenatal, aunque no coincida con la fecha real de parto.

Para acreditar los días de descanso postnatal, la Trabajadora por sí o a través de terceros, deberá entregar en la unidad administrativa que corresponda del Banco, copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de nacimiento del recién nacido.

ARTÍCULO 94. Para disfrutar los treinta días naturales del descanso prenatal a que se refiere el artículo inmediato anterior, se estará a lo siguiente:

I. Si el producto nace antes de la fecha probable de parto, los días no disfrutados no se adicionarán a los correspondientes del descanso postnatal.

II. No obstante la fracción anterior, si el producto es prematuro con un peso menor a dos kilogramos al nacer y la Trabajadora no disfrutó de un lapso mayor de ocho días, se prolongará el descanso postnatal hasta en ocho días más.

III. Si el periodo del descanso prenatal excede de los treinta días, los días adicionales se otorgarán como incapacidad por enfermedad no profesional.

ARTÍCULO 95. La asistencia del parto se realizará en los centros hospitalarios que se incluyen en el Directorio de Prestadores del Plan de Beneficios en que se encuentre registrada la Derechohabiente, salvo en los siguientes casos:

I. Cuando a juicio del Banco se deba llevar a cabo en otras instituciones de salud en beneficio de la madre y el producto.

II. Cuando la Derechohabiente del Plan 1 o 2 elija un centro hospitalario que no esté incluido en el Directorio de Prestadores del Plan de Beneficios en que se encuentre registrada, en cuyo caso se aplicará lo dispuesto en el artículo 96.

III. Cuando se trate de una atención de urgencia médica obstétrica, debidamente comprobada a entera satisfacción del Banco.

IV. Cuando la Derechohabiente se encuentre registrada en el Plan 3.

ARTÍCULO 96. Si la Derechohabiente elige un centro hospitalario distinto a los listados en el Directorio de Prestadores de su Plan de Beneficios, 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 Costos de Referencia previstos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 97. Cuando la Derechohabiente registrada en el Plan 1 o 2 elija un gineco-obstetra distinto a los listados en el Directorio de Prestadores de su Plan de Beneficios, sin perjuicio de los beneficios señalados en este Capítulo, no procederá pago alguno de los gastos que se hubieren erogado durante el embarazo. Sin embargo, tendrá derecho, exclusivamente, al Reembolso de los honorarios del equipo médico quirúrgico conforme a los Costos de Referencia previstos en el anexo 1 de este Reglamento, por la atención del parto y del recién nacido. También tendrán derecho al Reembolso por estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos y material de curación utilizados en el evento.

ARTÍCULO 98. En caso de que una Derechohabiente de las que se indican en el artículo 87 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 refieren las fracciones IV y V, respectivamente, del artículo 88 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 99. Para que el Banco realice el pago de la canastilla a que se refiere la fracción IV del artículo 88 de este Reglamento, se requerirá la entrega al Banco, 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 Banco para realizar dicho pago.

En caso de adopción, para que el Banco realice el pago de la canastilla a que se refiere la fracción III del artículo 89 Bis de este Reglamento, se requerirá la entrega al Banco, dentro de los sesenta días naturales posteriores a la formalización de la adopción, del documento que acredite tal circunstancia. Transcurrido este plazo, prescribirá la obligación del Banco para realizar dicho pago.

ARTÍCULO 100. El derecho para gozar de la ayuda para lactancia prevista en la fracción V del artículo 88 de este Reglamento, comenzará a partir del momento en que se entregue al Banco copia certificada expedida por el Registro Civil del acta de nacimiento del recién nacido. 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 Banco para realizar dicho pago.

En caso de adopción legalmente reconocida, el derecho para gozar de la ayuda para lactancia prevista en la fracción IV del artículo 89 Bis de este Reglamento, comenzará a partir del momento en que el menor haya sido entregado en custodia y concluirá cuando cumpla seis meses de vida. El pago de la misma se realizará cuando se entregue al Banco el documento que acredite la formalización de dicha adopción.

Capítulo XIV

De la Atención de Urgencia Médica y del Servicio de Ambulancia

ARTÍCULO 101. (Se deroga)

ARTÍCULO 102. En el caso de Urgencias Médicas, los Derechohabientes deberán acudir de inmediato con algún Prestador de Servicios, preferentemente con los incluidos en el Directorio de Prestadores de su Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 103. Cuando la Urgencia Médica sea atendida con Prestadores de Servicios no incluidos en el Directorio de Prestadores del Plan de Beneficios correspondiente, el Derechohabiente, por sí o a través de terceros, deberá informarlo de inmediato al Banco, a fin de que, previo cumplimiento de los requisitos médicos y legales que correspondan, realice su traslado a un centro hospitalario incluido en el Plan de Beneficios en el que el Derechohabiente se encuentre registrado.

Los gastos erogados por el Derechohabiente con motivo de los Servicios Médicos previstos en el párrafo inmediato anterior, podrán ser sujetos de Reembolso en su totalidad por el Banco, siempre que dicha Urgencia Médica sea calificada como tal por éste. En caso contrario, el Reembolso correspondiente se efectuará conforme a los Costos de Referencia señalados en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 104. Cuando los Derechohabientes se encuentren comisionados o 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 Banco. Para ello, los Derechohabientes deberán proporcionar la información y documentación necesaria.

ARTÍCULO 105. En caso de ser necesario, el Banco podrá autorizar traslados por ambulancia.

En el caso de ambulancias solicitadas directamente por los Derechohabientes del Plan 3, estos gastos se reembolsarán al Costo de Referencia, siempre que a juicio del Banco se encuentren debidamente justificados.

Capítulo XV

De la Rehabilitación

ARTÍCULO 106. El Banco 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, mentales y sociales de sus Titulares.

Los Derechohabientes no Titulares también tendrán derecho a servicios de rehabilitación, de conformidad con lo que establece el presente Capítulo.

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

ARTÍCULO 107. 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, solicitará la previa autorización correspondiente del Banco.

ARTÍCULO 108. 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.

Para los Derechohabientes registrados en los Planes 2 y 3, este servicio considera un Copago, 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 Banco determine, considerando los informes médicos correspondientes.

ARTÍCULO 109. Los Derechohabientes tendrán derecho a recibir terapia psicológica y psiquiátrica. Asimismo, podrá otorgarse rehabilitación al enfermo ambulatorio en el caso de alcoholismo, farmacodependencia y drogadicción con el médico psiquiatra. Estos servicios se otorgarán conforme a la periodicidad y número de atenciones que el Banco determine, considerando los dictámenes médicos correspondientes.

Para los Derechohabientes registrados en los Planes 2 y 3, este servicio considera un Copago, de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 110. Los hijos Derechohabientes tendrán derecho a recibir los servicios de Escuela de Educación Especial dentro del territorio nacional. Se podrá otorgar ayuda económica, a través de Reembolso, para la asistencia a Escuelas de Educación Especial, de conformidad con los Costos de Referencia establecidos en el anexo 1 de este Reglamento.

El Banco, a través de las disposiciones de carácter general que emita para tal efecto, será quien determine el límite de edad para que los hijos Derechohabientes continúen con la prestación de Escuelas de Educación Especial.

ARTÍCULO 111. Los Derechohabientes tendrán derecho a las prótesis internas que requieran, excepto las que se señalan en el Capítulo XIX de este Reglamento.

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

ARTÍCULO 112. Los Titulares y sus hijos Derechohabientes tendrán derecho a las prótesis externas que requieran, excepto las señaladas en el Capítulo XIX de este Reglamento. Tratándose del cónyuge, la Concubina o el Concubinario, tendrán derecho a las prótesis externas que requieran, sólo en caso de pérdida traumática o complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas.

Las prótesis se podrán renovar cada 5 años y el mantenimiento que requieran, se otorgará a criterio del Banco.

ARTÍCULO 113. Los Derechohabientes tendrán derecho a los aparatos de ortopedia de conformidad con las disposiciones que para tal efecto emita el Banco.

En el caso de los Derechohabientes inscritos en el Plan 3 que adquieran equipo ortopédico por su cuenta, el gasto correspondiente podrá ser reembolsado conforme al Costo de Referencia aplicable.

ARTÍCULO 114. Los Titulares y sus hijos Derechohabientes menores de dieciséis años, tendrán derecho cada dos años calendario al Reembolso por la adquisición de anteojos y/o lentes de contacto que requieran. Para el Reembolso respectivo, se deberá presentar el Comprobante correspondiente.

Tratándose de la primera vez que utilizarán lentes, los Derechohabientes deberán presentar la prescripción expedida por un Oftalmólogo y tendrán derecho al Reembolso a que se refiere el párrafo anterior. Asimismo, cuando varíe la graduación antes del período mencionado, se tendrá derecho a ayuda para cambio de micas o cristales.

El Reembolso será realizado por el Banco, conforme al Costo de Referencia señalado en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 115. Los Titulares y sus hijos Derechohabientes menores de dieciséis años, en el caso de 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 la vida útil del mismo, de acuerdo a los criterios establecidos por el Banco, 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 Comprobante, 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 fabricante en el cual se describa que el equipo ya no tiene reparación.

Los Reembolsos señalados serán realizados por el Banco conforme a los Costos de Referencia establecidos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 116. 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. Los bastones, muletas, andaderas y colchones, serán surtidos por evento, únicamente en las casas de ortopedia que integran el Directorio de Prestadores del Plan 1 y 2. Los Derechohabientes del Plan 3 que adquieran de manera directa estos productos, tendrán derecho, conforme a la periodicidad establecida por el Banco en el anexo 1 de este Reglamento, o antes, considerando el estado de conservación del equipo, a que el Banco les efectúe el Reembolso hasta el Costo de Referencia respectivo, previa entrega del Comprobante y prescripción médica correspondientes.

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 directamente por el Banco para todos los Planes de Beneficios, previo informe del médico tratante. Los Derechohabientes del Plan 3 que adquieran de manera directa estos productos, tendrán derecho, conforme a la periodicidad establecida por el Banco en el anexo 1 de este Reglamento, o antes considerando el estado de conservación del equipo, a que el Banco les efectúe el Reembolso hasta el Costo de Referencia respectivo, previa entrega del Comprobante y prescripción médica correspondientes.

Los Derechohabientes a quienes el Banco les haya proporcionado directamente el equipo médico deberán devolverlo dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha en que dejen de requerirlo. Sin embargo, en aquellos casos en que el Banco determine que la vida útil del equipo de apoyo apenas será suficiente para cubrir el periodo de atención a los Derechohabientes, el primero podrá eximir a estos últimos de la obligación de devolverlo.

III. El Banco sólo cubrirá el costo de los equipos de apoyo mencionados en este artículo con los aditamentos indispensables para su uso. En aquellos casos en los que el Banco así lo determine, podrán cubrirse a través de Reembolso.

La adquisición y Reembolso de aquellos equipos de apoyo no contemplados en el anexo 1, será evaluada por el Banco.

ARTÍCULO 117. En aquellos casos que el Banco determine procedente, otorgará los servicios de enfermería y cuidados especiales a los Derechohabientes que lo requieran de conformidad con el Instructivo que emita el Banco 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.

I. (Se deroga)

II. (Se deroga)

Los Derechohabientes del Plan 3 autorizados por el Banco para tal efecto, podrán contratar Prestadores fuera de Red, sujetándose al Reembolso conforme a los Costos de Referencia establecidos en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 118. En aquellos casos que el Banco determine procedentes, se otorgarán los servicios de Casa de Asistencia Médica cuando las condiciones clínicas del Derechohabiente lo requieran y previo informe médico que lo justifique.

Asimismo, se podrá otorgar esta prestación 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 ésta opción, más conveniente y efectivo su manejo.

III. Derechohabientes cuyo periodo de convalecencia sea prolongado y no requieran de la infraestructura hospitalaria.

IV. (Se deroga)

Los Derechohabientes del Plan 3 autorizados por el Banco para tal efecto, podrán seleccionar, en territorio nacional, Casas de Asistencia Médica no incluidas en el Directorio de Prestadores. En tal caso, se realizará el Reembolso del importe erogado por el Derechohabiente, deduciendo de éste el Copago que se establece en el anexo 1 de este Reglamento, previa entrega del Comprobante y de la prescripción médica correspondientes.

Capítulo XVI

De los Servicios Dentales

ARTÍCULO 119. El Banco 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.

Los servicios dentales mencionados, se sujetarán a lo previsto en el Instructivo Odontológico que emita el Banco.

ARTÍCULO 120. 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 al Costo de Referencia del Banco.

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 Banco determine.

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

Los Derechohabientes autorizados por el Banco, 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 Costo de Referencia por parte del Banco, previa entrega del Comprobante correspondiente de acuerdo a lo previsto en el anexo 1 de este Reglamento.

ARTÍCULO 121. 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 y su reparación, salvo en los casos de lesión en dientes naturales como consecuencia de un accidente, siempre y cuando el tratamiento de 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. (Se deroga)

IV. 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 120, último párrafo.

V. Injerto gingival.

VI. Barrera para regeneración parodontal.

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

ARTÍCULO 122. Para hacer uso de los servicios a que se refiere el presente Capítulo, los Derechohabientes registrados en el Plan 1 y 2, deberán acudir a los odontólogos que forman parte del Directorio de Prestadores del Plan de Beneficios en el que estén registrados.

Para los Derechohabientes registrados en los Planes 2 y 3, este servicio considera un Copago, de acuerdo a lo que establece el anexo 1 de este Reglamento.

Los Derechohabientes registrados en el Plan 3, podrán acudir con cualquier odontólogo. En caso de requerir Reembolso, lo deberán solicitar al Banco, anexando al Comprobante un informe, estudios radiográficos y/o odontograma que describa a detalle el tratamiento realizado. En estos casos el Banco determinará la procedencia y la cuantía de estos.

ARTÍCULO 123. En casos de urgencia médico-odontológica, el Banco 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 3, se estará a lo dispuesto en el artículo 122.

ARTÍCULO 124. 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.

ARTÍCULO 125. El Banco estará facultado para examinar directamente a los Derechohabientes, a fin de evaluar la procedencia de los tratamientos odontológicos que se soliciten y, en su caso, la calidad de los que se hayan practicado.

ARTÍCULO 126. El Banco fijará a través del Instructivo que emita, la vigencia de las garantías de los servicios a que se refiere el presente Capítulo, en relación con la vida útil de éstos, y vigilará que los Prestadores de Servicios cumplan con dichas garantías. Asimismo, los servicios recibidos por Derechohabientes del Plan 3 de Prestadores fuera de Red, también deberán cumplir los periodos de vida útil previstos en dichas disposiciones.

ARTÍCULO 127. El Banco cubrirá hasta dos profilaxis dentales por año calendario. En ningún caso existirá Copago por estos servicios.

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

Capítulo XVII

De la Medicina Preventiva y Control de Enfermedades

ARTÍCULO 128. El Banco dictará las políticas generales que deban regir las medidas y acciones a que se refiere el presente Capítulo.

El Banco establecerá acciones dirigidas a promover el cuidado y la conservación de la salud de los Derechohabientes, estructuradas en programas de medicina preventiva.

El servicio médico del Banco, en el marco de las funciones de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene y el Comité de Protección Civil del Banco, promoverán 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 Trabajadores. Lo anterior, para mejorar la higiene y salud en el lugar de trabajo, contribuir a abatir las incapacidades para el trabajo y favorecer el incremento en la productividad.

ARTÍCULO 129. El Banco 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 Banco determine.

III. Medios de educación e información para la salud.

IV. Vigilancia y control de enfermos crónicos.

V. Exámenes especiales dirigidos a Trabajadores, según su actividad laboral.

VI. Exámenes bacteriológicos en el lugar de trabajo.

VII. Exámenes bacteriológicos y de calidad a los alimentos que se proporcionan dentro de las instalaciones.

VIII. Acciones dirigidas a enfermedades específicas.

IX. Acciones de autocuidado de la salud.

X. Medidas de vigilancia epidemiológica.

XI. Apoyo nutricional de tipo preventivo.

XII. Medidas profilácticas, incluidas aquellas relacionadas con la seguridad e higiene en el trabajo.

XIII. 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.

XIV. Las que el Banco determine.

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

Los programas de medicina preventiva que lleve a cabo el Banco estarán excluidos de Copago, 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 9o., y 12 de este Reglamento.

ARTÍCULO 130. Es obligación del Trabajador informar al Banco 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 Trabajadores deberán poner en conocimiento del Banco las enfermedades contagiosas que padezcan tan pronto como tengan conocimiento de ellas.

ARTÍCULO 131. Los Trabajadores deberán observar y poner en práctica las medidas profilácticas, como las preventivas de seguridad e higiene que el Banco o las autoridades competentes determinen, en beneficio de los Trabajadores y del centro de trabajo.

ARTÍCULO 132. El Banco establecerá en sus instalaciones puestos de socorro de conformidad con el artículo 58 de las Condiciones Generales de Trabajo.

Asimismo, el Banco también establecerá en sus instalaciones lugares adecuados e higiénicos para que sus Trabajadoras durante el periodo de lactancia puedan efectuar la extracción manual de leche. Brindará capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante el primer año del periodo de lactancia y complementario hasta avanzado el segundo año de vida.

ARTÍCULO 132 Bis. El Banco podrá implementar programas de medicina preventiva que consideren beneficios adicionales para los Derechohabientes que participen en ellos y cumplan los requisitos establecidos en las disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

Capítulo XVIII

Otros Beneficios

ARTÍCULO 133. Los Derechohabientes podrán solicitar autorización al Banco 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 Banco efectuar el Reembolso de las erogaciones que se generen, conforme a los Costos de Referencia establecidos en el anexo 1 de este Reglamento.

El Banco, cuando así lo determine, podrá utilizar la Carta de Pago con estos Prestadores de Servicios.

ARTÍCULO 134. Cuando para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del Derechohabiente se requiera de elementos profesionales, equipo o instalaciones que el Banco no tenga contratados en su respectivo Plan de Beneficios, el Derechohabiente deberá solicitar al Banco autorización por escrito para ser atendido por algún Prestador de Servicios que no pertenezca al Directorio de Prestadores de su Plan de Beneficios.

El Banco será quien determine si existen o no elementos profesionales, equipo o instalaciones para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del Derechohabiente en el Directorio de su Plan de Beneficios y podrá autorizar, en su caso, que el Derechohabiente acuda con algún otro Prestador de Servicios.

Tratándose de estas atenciones médicas, el Banco cubrirá mediante Reembolso, los gastos médicos erogados por el Derechohabiente de acuerdo a su Plan de Beneficios.

El Banco, cuando así lo determine, podrá utilizar la Carta de Pago con estos Prestadores de Servicios.

ARTÍCULO 135. El Banco podrá autorizar a los Derechohabientes:

I. Tratamiento consistente en máximo cuatro ciclos de inducción de la ovulación durante la vida de la Titular, cónyuge o Concubina Derechohabiente, para tratar la infertilidad. Se podrá autorizar la repetición del tratamiento cuando alguno de los ciclos de inducción de la ovulación previamente autorizados resulte 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 Banco y conforme a las disposiciones que este emita.

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.

V. Tratamientos para la atención de enfermedades alérgicas indicadas por médico especialista, a criterio del Banco.

VI. Tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis. En este último caso el Reembolso correspondiente se efectuará al Costo de Referencia.

VII. Clínica del dolor.

VIII. Cámara hiperbárica en los casos siguientes:

- i) Estados hipóxico 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.

IX. Terapias de infusión intravenosa.

X. Transfusión de productos hematológicos.

XI. Alimentación parenteral.

XII. Adquisición de prendas o fajas especiales para la atención de quemaduras.

XIII. Las que el Banco determine.

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

ARTÍCULO 136. Los Titulares así como sus cónyuges, Concubinas o Concubenarios 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 solo 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 el Sector Salud.

ARTÍCULO 137. Tendrán derecho a recibir como máximo, seis consultas programadas a domicilio por año calendario, a través del médico especialista que el Banco 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 Banco 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 Banco todas las facilidades para el buen desempeño de su cometido. El Banco, 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 XIX

Exclusiones Generales

ARTÍCULO 138. El Banco 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 Banco.

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 Banco autorice caso por caso.

V. Medicamentos conocidos como “Similares”.

VI. Medicamentos para la disfunción sexual, caída del cabello y micosis ungueal.

VII. Productos para prevenir los efectos derivados de la intoxicación etílica.

VIII. Cosméticos dermatológicos.

IX. Medicamentos y tratamientos médicos y quirúrgicos para reducción de peso, salvo tratándose de obesidad mórbida.

X. Camas, grúas y sillas de ruedas eléctricas, triciclos, rampas y adaptaciones a automóviles para facilitar la movilidad.

XI. 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.

XII. 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 Banco estime excluidas.

XIII. Equipos de diagnóstico.

XIV. Más de un tanque de oxígeno portátil.

XV. Inspirómetro incentivo, excepto durante la hospitalización.

XVI. Prótesis con fines estéticos.

XVII. Prótesis externas biomecánicas y/o eléctricas.

XVIII. Prótesis interna o externa de glándula mamaria a ascendientes.

XIX. Ultrasonido tridimensional, excepto en casos de sospecha de malformación congénita, así como tomografías y resonancias magnéticas tridimensionales, salvo que esté debidamente justificado y el Banco así lo autorice.

XX. Estudios que tengan como finalidad evaluar la necesidad de cirugía refractiva, tales como la paquimetría y la topografía corneal.

XXI. Cirugía refractiva para corrección de astigmatismo, presbicie, miopía e hipermetropía, ni terapia fotodinámica.

XXII. 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.

XXIII. Cirugía estética, salvo las reconstructivas que se requieran como consecuencia de un accidente o malformación congénita.

XXIV. (Se deroga)

XXV. 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.

XXVI. Recanalización de un procedimiento de planificación familiar definitivo.

XXVII. Servicios de infertilidad después de esterilización voluntaria.

XXVIII. Estudios relacionados con la disfunción eréctil, excepto los estudios hormonales.

XXIX. Servicios, medicamentos o suministros relacionados con transformación de género o disfunción sexual.

XXX. Servicios de bio-retroalimentación (bio-feedback).

XXXI. Tratamientos de ortodoncia, salvo los que se requieran como consecuencia de un accidente y en los hijos con paladar hendido.

XXXII. 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 120 de este Reglamento.

XXXIII. Productos alimenticios y complementos dietéticos, excepto durante la hospitalización o tratándose de obesidad mórbida, cuando el Banco así lo determine.

XXXIV. Centros de rehabilitación para farmacodependencia, alcoholismo, bulimia y anorexia nerviosa.

XXXV. Internamiento en casas de rehabilitación de toxicomanías, adicciones, anorexia y bulimia.

XXXVI. 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.

XXXVIII. Cuidadores como acompañantes y/o cuidados básicos de la vida diaria.

XXXIX. Cuidados de pedicurista y manicurista.

XL. Estudios prenupciales, de paternidad responsable y preoperatorios para procedimientos quirúrgicos que el Banco 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 Banco y sean indicados por los consultorios del Banco.

XLI. Servicios de obstetricia y planificación familiar para la madre y las hijas Derechohabientes de los Titulares.

XLII. Calzado ortopédico.

XLIII. Productos para la higiene personal.

XLIV. Adecuaciones al hogar.

XLV. Programas de ejercicio o entrenadores; membresías de gimnasios o similares, así como, consultas con médicos dedicados a la medicina del deporte.

XLVI. 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.

XLVII. Masajes de cualquier tipo.

XLVIII. 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.

XLIX. Perforación del lóbulo, conservación del cordón umbilical o equivalentes, fotos, videofilmaciones, paquetes de bienvenida.

L. Antisépticos, vendajes y material de curación para uso en casa, salvo que exista demostrada necesidad médica.

LI. Pañales o compresas para incontinencia, excepto durante la hospitalización.

LII. Los productos que el Banco dé a conocer en la "Lista de Productos no Autorizados".

LIII. Leche maternizada y otras leches especiales para el recién nacido y lactante, excepto durante la hospitalización.

LIV. Certificados o constancias médicas para centros deportivos o instituciones escolares o de cualquier otro de índole personal.

LV. Escuelas especializadas en el manejo de trastorno por déficit de atención, o de capacitación de habilidades laborales.

LVI. Los demás que el Banco determine.

El Banco podrá, mediante disposiciones de carácter general, modificar la lista anterior, así como las características, periodicidad o número de bienes o Servicios Médicos, informando a los Derechohabientes a través de los medios que el propio Banco considere convenientes.

Capítulo XX

Disposiciones de Control

ARTÍCULO 139. El Banco establecerá los mecanismos de control necesarios para supervisar a los Prestadores de Servicios contratados respecto a la calidad de sus servicios, así como para identificar problemas que puedan presentarse en el funcionamiento, acceso, utilización, control y costo de los Servicios Médicos. Lo anterior, a fin de optimizar los recursos financieros destinados por el Banco al otorgamiento de esta prestación.

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

ARTÍCULO 139 Bis. Los Derechohabientes que adquieran seguros de gastos médicos mayores que cumplan con las características que establezca el Banco, tendrán derecho a los beneficios previstos en las disposiciones de carácter general que para tal efecto el propio Banco emita.

Asimismo, los Derechohabientes que hagan uso de su seguro de gastos médicos mayores tendrán derecho al Reembolso del deducible y del coaseguro correspondiente, cuando el costo del evento en que lo utilicen supere el deducible contratado. Lo anterior, siempre que se trate de Servicios Médicos previstos en este Reglamento.

ARTICULO 140. Cualquier indicación o Servicio Médico, podrá estar sujeto a revisión y/o aprobación del Banco.

El Banco en todo momento 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, las Cartas de Pago, así como los Reembolsos que presenten los Derechohabientes y que por las circunstancias particulares del caso, resulten razonables aun cuando excedan el Costo de Referencia.

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 Banco 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 Banco.

Los Derechohabientes deberán permitir que el Banco realice las acciones previstas en el presente artículo.

ARTÍCULO 141. Las consultas, solicitudes y quejas que formulen los Derechohabientes, directamente o a través del Sindicato, con relación al contenido y aplicación del presente Reglamento y demás disposiciones aplicables en materia de los Servicios de Salud serán atendidas por la unidad administrativa del Banco responsable de los asuntos relacionados con el Plan de Salud Banxico. Dicha unidad dará seguimiento a las consultas, solicitudes o quejas mencionadas.

Artículos Transitorios

Artículo Primero. El presente Reglamento entrará en vigor a partir del primero de noviembre de 2004 y se hará del conocimiento a los Derechohabientes mediante Circular Administrativa expedida por la Dirección de Administración, para todos los efectos a que haya lugar, a través de su publicación en el Web Interno y en la Página Externa para Empleados y Pensionados del Banco.

Artículo Segundo. Las Credenciales de Servicios expedidas con anterioridad a la entrada en vigor de este Reglamento, continuarán vigentes hasta que el Banco, a través de la EASS, proporcione a los Derechohabientes las nuevas Credenciales de Servicios.

Artículo Tercero. Por los años calendario 2004 y 2005, se permitirán hasta dos cambios de Plan de Beneficios por año.

Artículo Cuarto. Los Titulares cuyos hijos cuenten con una edad comprendida entre los veintiuno y los veinticinco años a la fecha de la entrada en vigor del presente Reglamento, que cumplan con los requisitos previstos en el artículo 17, fracción IV, primer párrafo, para prorrogar el uso de los Servicios de Salud de estos últimos hasta que cumplan los veinticinco años de edad o dejen de cumplir los referidos requisitos, deberán entregar al Banco el escrito que en dicho precepto se menciona dentro de los sesenta días naturales posteriores a la entrada en vigor de este Reglamento. A falta de Titular, serán los Derechohabientes que se encuentren en tal supuesto los que deberán suscribir y entregar al Banco el referido escrito dentro del plazo mencionado.

Artículo Quinto. A partir de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento, los Derechohabientes registrados en los regímenes de servicio médico denominados “Opción A”, “Opción B” y “Opción C”, quedarán registrados automáticamente en los Planes de Beneficios denominados “Plan Básico”, “Plan Plus” y “Plan Plus Ejecutivo”, respectivamente, y podrán ejercer la opción a que se refiere el artículo 46 de este Reglamento.

Artículo Sexto. El Banco, a través de las oficinas administrativas que se señalen en la Circular Administrativa que al efecto emita, pondrá a disposición de los Derechohabientes, ejemplares impresos del presente Reglamento.

Artículo Séptimo. Cuando en cualquier ordenamiento jurídico u otra disposición se haga mención al Servicio Médico del Banco de México, a los regímenes de servicio médico denominados “Opción A”, “Opción B” y “Opción C”, la referencia se entenderá hecha a los Servicios de Salud que regula el presente Reglamento y a los Planes de Beneficios denominados “Plan Básico”, “Plan Plus” y “Plan Plus Ejecutivo”, respectivamente.

Artículo Octavo. Por acuerdo de la Junta de Gobierno tomado en sesión del 21 de octubre de 2004, se abroga el Reglamento de Servicio Médico y los instructivos para el Uso del Servicio Médico de las Opciones “A”, “B” y “C”, aprobados por el propio Órgano Colegiado en su sesión celebrada el 4 de diciembre de 1997.

Artículo Noveno. Por acuerdo de la Junta de Gobierno tomado en sesión del 21 de octubre de 2004, dicho órgano colegiado manifestó su conformidad con el presente Reglamento de Servicios de Salud del Banco de México y sus anexos; asimismo acordó que el Gobernador o el Director General de Administración Interna emitan el citado Reglamento.

El presente Reglamento de Servicios de Salud del Banco de México y sus anexos, se emiten con fundamento en los acuerdos a que se refieren los artículos Octavo y Noveno transitorios, en los artículos 47, fracción I, de la Ley del Banco de México, y 1, 4, 15 y 26, fracción I, del Reglamento Interior del Banco de México, contando con la opinión favorable del Sindicato Único de Trabajadores del Banco de México, emitida en el Pleno Extraordinario de su Comité Ejecutivo del 18 de octubre de 2004.

Rúbrica

ALEJANDRO GARAY ESPINOSA
Director General de Administración Interna

Artículos Transitorios de las Reformas y Adiciones de Junio de 2009

Artículo Primero. Las reformas y adiciones al presente Reglamento entrarán en vigor a partir del día siguiente en que el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje tenga por depositadas las correspondientes reformas y adiciones a las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México.

Artículo Segundo. Las presentes reformas y adiciones al Reglamento de Servicios de Salud del Banco de México, cuentan con la opinión favorable del Sindicato Único de Trabajadores del Banco de México, emitida en el Pleno Extraordinario de su Comité Ejecutivo número N01/2009/091, del 5 de junio de 2009.

Artículo Tercero. La Dirección General de Administración las hará del conocimiento de los Derechohabientes mediante circular administrativa, para todos los efectos que haya lugar, a través de su publicación en el web interno y en la página externa para empleados y pensionados del Banco.

Artículos Transitorios de las Reformas de Enero de 2011

Artículo Primero. Las reformas al presente Reglamento entrarán en vigor el primero de enero de 2011 y se harán del conocimiento a los Derechohabientes mediante Circular Administrativa expedida por la Dirección General de Administración, para todos los efectos a que haya lugar, a través de su publicación en el Web Interno y en la Página Externa para Empleados y Pensionados del Banco.

Artículo Segundo. Las disposiciones administrativas que el Banco haya emitido con anterioridad a la entrada en vigor de las presentes reformas y adiciones, que no se opongan a las mismas, continuarán vigentes.

Rúbrica

JOAQUÍN ARAICO RÍO
Director General de Administración

Artículos Transitorios de las Reformas de Octubre de 2015

Artículo Primero. Las Reformas al presente Reglamento entrarán en vigor el 1 de noviembre de 2015, y se harán del conocimiento a los Titulares y Derechohabientes mediante Circular Administrativa expedida por la Dirección General de Sistemas de Pagos y Servicios Corporativos, para todos los efectos a que haya lugar, a través de su publicación en los medios electrónicos institucionales.

Artículo Segundo. Para todos los efectos jurídicos a que haya lugar, la denominación del presente Reglamento, a partir de la fecha en que estas modificaciones entren en vigor será: "Reglamento del Servicio Médico del Banco de México". Por tanto, todas las referencias al "Reglamento de Servicios de Salud del Banco de México", contenidas en cualquier otro instrumento jurídico, deberán entenderse, a partir del 1 de noviembre de 2015, hechas al "Reglamento del Servicio Médico del Banco de México".

Artículo Tercero. Los límites, términos y condiciones de la cobertura del servicio médico previstos en los artículos 46 Bis, 47, último párrafo y 48, último párrafo, de este Reglamento, serán aplicables a los trabajadores que obtuvieren pensión vitalicia de retiro al amparo del segundo párrafo del artículo 80 de las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México, a partir del 1 de diciembre de 2014, fecha en que entró en vigor la reforma de este último precepto.

Artículo Cuarto. Las actualizaciones que se lleguen a efectuar a los listados señalados en los artículos 2o., 50, 71, 84, 120, 129, 135 y 138, así como a los anexos de este Reglamento, serán efectuadas por el Banco, a través de la Dirección de Recursos Humanos, y se darán a conocer a los Titulares y Derechohabientes a través de los medios electrónicos institucionales.

Artículo Quinto. Las disposiciones administrativas que el Banco haya emitido con anterioridad a la entrada en vigor de las presentes reformas y adiciones, que no se opongan a las mismas, continuarán vigentes.

Artículos Transitorios de las Reformas de 2018

Artículo Primero. Las reformas al presente Reglamento entrarán en vigor a partir del día hábil siguiente en que el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, emita el acuerdo por el que se tengan por depositadas las reformas y adición a las Condiciones Generales de Trabajo del Banco de México, aprobadas por la Junta de Gobierno del Banco de México en sesión del dieciocho de junio de dos mil dieciocho.

Las presentes reformas se harán del conocimiento de los Titulares y Derechohabientes mediante Circular Administrativa expedida por el Gobernador, a través de su publicación en los medios institucionales.

Artículo Segundo. Las actualizaciones de los listados señalados en los artículos 2o., 50, 71, 84, 120, 129, 135 y 138 del Reglamento del Servicio Médico del Banco de México, así como de sus anexos, serán efectuadas por la Dirección de Recursos

Humanos del Banco, y se darán a conocer a los Titulares y Derechohabientes a través de los medios institucionales.

Artículo Tercero. A partir de la fecha de entrada en vigor de las presentes reformas al Reglamento del Servicio Médico del Banco de México, los Trabajadores y las personas inscritas como sus Derechohabientes, que estén registrados en los Planes de Beneficios denominados “Plan Básico”, “Plan Plus” y “Plan Plus Ejecutivo”, quedarán registrados automáticamente en los Planes de Beneficios denominados “Plan 1”, “Plan 2” y “Plan 3”, respectivamente.

Los Trabajadores tendrán un plazo de tres meses contado a partir de la fecha de entrada en vigor de las presentes reformas para solicitar el cambio de Plan de Beneficios, dicho cambio surtirá sus efectos el día hábil siguiente a aquel en que lo soliciten; una vez concluido este plazo, deberán sujetarse a lo dispuesto en el primer párrafo del artículo 46 del presente Reglamento.

Lo anterior, también resultará aplicable para los Trabajadores que se pensionen a partir de la fecha de entrada en vigor de las presentes reformas al Reglamento del Servicio Médico del Banco de México.

Artículo Cuarto. Los Pensionados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de las presentes reformas al Reglamento del Servicio Médico del Banco de México, así como las personas inscritas como sus Derechohabientes, permanecerán registrados en los Planes de Beneficios denominados “Plan Básico”, “Plan Plus” y “Plan Plus Ejecutivo”, y mantendrán la cobertura de su servicio médico en los términos y condiciones que les aplicaban el día previo a la entrada en vigor de las presentes reformas.

Artículo Quinto. Las referencias en cualquier ordenamiento o disposición emitidos por el Banco al Servicio Médico del Banco de México o a los Planes de Beneficios denominados “Plan Básico”, “Plan Plus” y “Plan Plus Ejecutivo”, se entenderán hechas a los Servicios de Salud que regula el presente Reglamento y a los Planes de Beneficios denominados “Plan 1”, “Plan 2” y “Plan 3”, respectivamente, salvo por lo establecido en el artículo anterior, cuyas denominaciones permanecerán para los Pensionados a que se refiere dicho artículo.

Artículo Sexto. Las Credenciales de Servicios, Elementos de Identificación y demás documentos necesarios para la prestación de los servicios médicos, expedidos con anterioridad a la entrada en vigor de las presentes reformas al Reglamento del Servicio Médico del Banco de México, continuarán vigentes hasta que el Banco, proporcione a los Titulares y sus Derechohabientes las nuevas Credenciales de Servicios y Elementos de Identificación.

Artículo Séptimo. Las disposiciones administrativas que el Banco haya emitido con anterioridad a la entrada en vigor de las presentes reformas, que no se opongan a la misma, continuarán vigentes.

TABLA DE COPAGOS A CARGO DEL DERECHOHABIENTE

| CONCEPTO | PLAN 1 | PLAN 2 | PLAN 3 | |
|---|--------|--------|---------------|---|
| | | | Dentro de Red | Fuera de Red |
| Consultas | 0% | 20% | 20% | 30% |
| Consultas en Consultorios del Banco para Trabajadores | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Estudios de Laboratorios y Gabinete | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Medicamentos en Farmacias | | | | |
| Patente | 0% | 15% | 15% | 30% |
| Genérico Intercambiable | 0% | 5% | 5% | 5% |
| Urgencias Médicas ^{1]} | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Hospitalización ^{2]} | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Corta estancia ^{3]} | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Tratamientos especiales ^{4]} | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Maternidad | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Aparatos de Ortopedia ^{5]} | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Aditamentos de Oxígeno y Equipo de apoyo en domicilio | 0% | 0% | 0% | Diferencia que resulte después de aplicar el Costo Referencia |
| Prótesis (internas o externas) | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Rehabilitación Física | | | | |
| Terapia Física | 0% | 10% | 10% | 30% |
| Terapia de Lenguaje | 0% | 10% | 10% | 30% |
| Terapia de Neurodesarrollo | 0% | 10% | 10% | 30% |
| Terapias de Salud Mental | | | | |
| Terapia Psicológica | 0% | 20% | 20% | 30% |
| Terapia Psiquiátrica | 0% | 20% | 20% | 30% |
| Vacunas | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Enfermería y Cuidados Especiales | 0% | 0% | 0% | Diferencia que resulte después de aplicar el Costo Referencia |
| Casa de Asistencia | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Casa de Medio Camino | 0% | 0% | 0% | 10% |
| Odontología (Consultas y tratamientos, excepto profilaxis) | | | | |
| Titulares | 0% | 20% | 20% | 30% |
| Familiars | 0% | 20% | 20% | 30% |

NOTAS:

- 1] En caso de que la atención no califique como Urgencia Médica, en los términos del presente Reglamento, los Derechohabientes adscritos al Plan 1 deberán cubrir el 20% de la atención recibida y el Banco el 80% restante. Por otra parte, para los Derechohabientes adscritos a los Planes 2 y 3, aplicará un 20% de Copago para atenciones con Prestadores dentro de Red, mientras que los Derechohabientes del Plan 3 que se atiendan fuera de red les será aplicable un 30% de Copago. El Banco 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 Banco determine.
- 5] En aquellos casos en los que el importe de los aparatos ortopédicos superen los Costos de Referencia del Banco, se utilizarán estos últimos como límite máximo a reembolsar.

Nota: Las cantidades que se muestran en el apartado "COSTOS DE REFERENCIA Y PORCENTAJES DE REEMBOLSO", corresponden a las difundidas por la Dirección de Recursos Humanos mediante Circular de fecha 11 de diciembre de 2023, al personal activo y pensionado de la Institución, y fueron actualizadas en este Reglamento únicamente para efectos informativos. Dichas actualizaciones no implican modificaciones al propio Reglamento.

COSTOS DE REFERENCIA Y PORCENTAJES DE REEMBOLSO

Los Costos de Referencia de los conceptos que se enuncian a continuación, serán publicados y actualizados en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos. Es importante mencionar que estos Costos de Referencia, no incluyen el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

I. Anteojos

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 114 de este Reglamento, los anteojos están compuestos por el armazón y los lentes (micas o cristales). El Costo de Referencia que se reembolsará por su adquisición será de \$3,343. En caso de reposición de uno de los componentes, se reembolsará los siguientes porcentajes una vez por cada año calendario.

- a) Para la reposición de armazón, el porcentaje máximo de Reembolso será del 60% del Costo de Referencia de Reembolso por anteojos.
- b) Para la reposición de lentes (micas o cristales), el porcentaje máximo de Reembolso será del 70% del Costo de Referencia de Reembolso por anteojos.

En caso de que se adquieran los dos componentes, el importe máximo de Reembolso no será superior al 100% del Costo de Referencia establecido para este rubro.

II. Lentes de contacto

En caso de lentes de contacto, tratándose del par, el monto máximo que se reembolsará será de \$3,343.

En caso de requerirse sólo un lente de contacto, el porcentaje máximo de Reembolso será del 50% del Costo de Referencia de Reembolso por un par de lentes de contacto.

III. Aparatos auditivos

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 de este Reglamento, los Derechohabientes menores de dieciséis años tendrán derecho, cada cinco años o antes por prescripción médica, al Reembolso de dos aparatos auditivos; este derecho para Derechohabientes mayores de 16 años se limita a un solo aparato.

El Costo de Referencia de Reembolso por un aparato auditivo es de \$21,745.

El Costo de Referencia de Reembolso por dos aparatos auditivos es de \$43,492.

IV. Servicios de cesación del hábito tabáquico

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 136 del presente Reglamento, el monto de Reembolso será del 50% del costo del servicio. Dicho Reembolso solo podrá ser solicitado cada tres años.

V. Escuela de Educación Especial

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 110, los hijos Derechohabientes tendrán derecho a recibir este servicio y se reembolsará a los Costos de Referencia la inscripción, reinscripción y/o cuota mensual sólo escuelas especializadas dentro del territorio nacional, considerando los siguientes importes:

- Inscripción o reinscripción: \$10,744
- Cuota mensual: \$ 7,160

VI. Servicios dentales que impliquen metales preciosos

De conformidad con lo dispuesto en las Fracciones V y XII del artículo 120, el Costo de Referencia para Reembolso de este tipo de servicios se refiere exclusivamente a los siguientes conceptos, quedando como sigue:

- Corona: \$ 4,057
- Incrustación: \$ 2,034

VII. Paquete de atención obstétrica

Se conoce como Paquete Obstétrico a las atenciones a que se refieren los artículos 96 y 97 de este Reglamento. A continuación se presentan los Costos de Referencia de Reembolso correspondientes:

| Concepto | Plan 1, 2, Básico y Plus | | | |
|--|--------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Parto | Cesárea | Legrado | Parto y Salpingo |
| Honorarios Médicos | | | | |
| Ginecólogo incluye ayudantía | \$ 19,013 | \$ 19,013 | \$ 6,962 | \$ 26,144 |
| 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 (1 hora) | \$ 4,101 | \$ 4,101 | | \$ 4,101 |
| Sala de legrado (Cir. Menor) | | | \$ 3,701 | |
| Sala de Labor (3 horas) | \$ 3,229 | \$ 3,229 | | \$ 3,229 |
| Sala de recuperación (1 hora) | \$ 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 |
| Circuncisión de recién nacido | \$ 1,981 | \$ 1,981 | | \$ 1,981 |
| Total | \$ 57,130 | \$ 61,305 | \$ 22,642 | \$ 70,217 |

VIII. Atención médica recibida en áreas de Urgencias Médicas en hospitales no incluidos en el Directorio de Prestadores, cuando éstas no sean calificadas como Urgencia Médica

| Concepto | Plan 1, 2, Básico y Plus |
|--|--------------------------|
| Estancias | |
| 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 media hora subsecuente | \$ 704 |
| Cuna por día | \$ 2,130 |
| Cuna térmica (adicional al costo de la cuna) por día | \$ 364 |
| Incubadora con oxígeno (adicional al costo de la cuna) por día | \$ 2,429 |
| Fototerapia (adicional al costo de la cuna) por día | \$ 2,841 |
| Equipo de anestesia primera hora | \$ 1,895 |
| Equipo de anestesia media hora subsecuente o fracción | \$ 949 |
| Bloqueo cargo único | \$ 1,517 |
| Cirugía de corta estancia | |
| Cirugía de corta estancia Paquete I (Incluye: 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 |
| Urgencias | |
| Estancia en cubículos por hora | \$ 1,421 |
| Derecho de Consultorio | \$ 484 |
| Derecho de cubículo para quitar yesos | \$ 1,421 |

Los estudios de laboratorio y gabinete se cubrirán conforme a los Costos de Referencia establecidos por el Banco, y en caso de medicamentos, el importe de Copago que deberá cubrir el Derechohabiente por este concepto será de 10% sobre el importe total que corresponda a este rubro.

IX. Equipo de Apoyo

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 116 de este Reglamento, los equipos de apoyo que los Derechohabientes del Plan 3 podrán adquirir directamente con Prestadores fuera de Red, y posteriormente gestionar su Reembolso a los Costos de Referencia, son:

| Concepto | Costo de Referencia |
|-------------------------------|---------------------|
| <u>Equipo de Apoyo</u> | |
| Bastón | \$595 |
| Muletas | \$717 |
| Andadera | \$1,194 |
| Colchón | \$3,106 |

De igual forma, debido a la diversidad que existe en sillas de ruedas, camas clínicas, grúas para movilización de enfermos, bombas de infusión e implementos de inhaloterapia, los Costos de Referencia correspondientes a dichos conceptos se encuentran publicados en los medios electrónicos institucionales que el propio Banco tiene establecidos.

X. Enfermería y Cuidados Especiales

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 117 de este Reglamento, los servicios que contraten los Derechohabientes del Plan 3 y que podrán ser Reembolsados por turnos de 12 horas tomando como base los Costos de Referencia, son:

- Enfermera especialista: \$ 955
- Enfermera general: \$ 832
- Auxiliar de enfermería: \$ 695
- Cuidador: \$ 595

XI. Revisión médica periódica, conocida como "check-up"

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de este Reglamento, los Trabajadores Titulares del Plan 3, podrán gestionar el Reembolso de la revisión médica periódica al Costo de Referencia de \$ 11,937.

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.

XII. Límite anual de desembolso por Copagos

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 48 de este Reglamento, el límite de desembolso por Copagos es de \$ 11,937 y se acumula por los siguientes conceptos:

- a) Rehabilitación física (terapia física, terapia de lenguaje y terapia de neurodesarrollo).
- b) Medicinas en farmacias.

En el caso de eventos hospitalarios de la población del Plan 3, el límite máximo anual para eventos de hospitalización por composición familiar será equivalente a \$154,005.

CRITERIOS APLICABLES PARA EL REEMBOLSO DE PASAJES, VIÁTICOS Y GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LAS ATENCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 31 y 32 DEL REGLAMENTO DEL SERVICIO MÉDICO DEL BANCO DE MÉXICO

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 31 del Reglamento, se sujetarán a lo siguiente:

PACIENTE

| Concepto | Porcentaje del costo que absorberá el Banco |
|-------------------------------|--|
| Viáticos ^{1/} | 50% |
| Pasajes ^{2/} | 100% |

1/ El subsidio por estancia se cubrirá 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 gastos no sujetos a comprobación) que el Banco dé a conocer mediante las disposiciones de carácter general que regulen el pago de viáticos en el desempeño de comisiones.

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

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

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

ACOMPAÑANTE

| Concepto | Porcentaje del costo que absorberá el Banco |
|-------------------------------|--|
| Viáticos ^{1/} | 50% |
| Pasajes ^{2/} | 50% |

1/ El subsidio por estancia 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 el Banco dé a conocer, mediante las disposiciones de carácter general que regulen el pago de viáticos en el desempeño de comisiones.

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

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 32 del Reglamento, se sujetarán a lo siguiente:

PACIENTE

| Concepto | Porcentaje del costo que absorberá el Banco |
|--------------------------------------|--|
| 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 subsidio por estancia se cubrirá únicamente por los días de permanencia fuera del territorio nacional en que el paciente no permanezca hospitalizado.

La cantidad a reembolsar corresponderá al 50% de la tarifa de viáticos en dólares E.U.A. (que incluye cantidades máximas límite para hospedaje, alimentos y gastos no sujetos a comprobación) que el Banco dé a conocer mediante las disposiciones de carácter general que regulen el pago de viáticos en el desempeño de comisiones.

2/ El costo de pasajes se cubrirá al 80%. La transportación aérea se cubrirá sólo en clase turista o equivalente.

3/ El Banco, cubrirá el 70% del costo de las consultas, 90% de estudios de gabinete y laboratorio, hospitalización, tratamientos de quimioterapia y radioterapia, 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 Banco estime necesario que sea acompañado de alguna persona, se podrá autorizar el siguiente subsidio:

ACOMPAÑANTE

| Concepto | Porcentaje del costo que absorberá el Banco |
|-------------------------------|---|
| Viáticos ^{1/} | 50% |
| Pasajes ^{2/} | 50% |

1/ El subsidio por estancia 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 dólares E.U.A. (que incluye cantidades máximas límite para hospedaje, alimentos y gastos no sujetos a comprobación) que el Banco dé a conocer mediante las disposiciones de carácter general que regulen el pago de viáticos en el desempeño de comisiones.

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