

Formato de solicitud de reembolso

Homoclave del formato		
FF-ISSSTE-05		
Fecha de publicación del formato en el DOF		
DD	MM	AAAA

Folio		
Fecha de solicitud		
DD	MM	AAAA

Datos del promovente

CURP:
RFC:
Parentesco:
Documento de representación legal:

Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Domicilio del promovente para oír y recibir notificaciones

Código postal:	
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)	
Número exterior:	Número interior:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)	
Municipio o Delegación:	

Estado o Distrito Federal:	
Clave lada:	Teléfono fijo:
Clave lada:	Teléfono adicional:
Clave lada:	Celular:
Correo electrónico:	

Datos del paciente

CURP:
RFC:
Edad:
Parentesco:
Función o actividad principal:

Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Número de dependientes económicos:
Nombramiento:
Lugar de trabajo:

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México, C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Domicilio del paciente

Código postal:		Estado o Distrito Federal:	
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)		Clave lada:	Teléfono fijo:
Número exterior:	Número interior:	Clave lada:	Teléfono adicional:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)		Clave lada:	Celular:
Municipio o Delegación:			

Datos del representante legal

CURP:	Nombre(s):
RFC:	Primer apellido:
Parentesco:	Segundo apellido:
Documento de representación legal:	

Domicilio del representante legal para oír y recibir notificaciones

Código postal:		Estado o Distrito Federal:	
Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)		Clave lada:	Teléfono fijo:
Número exterior:	Número interior:	Clave lada:	Teléfono adicional:
Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)		Clave lada:	Celular:
Municipio o Delegación:		Correo electrónico:	

Cantidad solicitada en pesos y pretensión

Cantidad en número:
Cantidad en letra:
Describe su pretensión:

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Identificación de unidades médicas y fecha del suceso					

Unidad(es) médica(s) involucrada(s):

Fecha del suceso: DD | MM | AAAA Hora del suceso:

Unidad médica de adscripción del derechohabiente:

Relatoría de los hechos motivos de la solicitud

[illegible]

Firma o huella digital del promotor

Firma

(Debe ser igual a la firma de la identificación oficial)

Huella digital

Los datos personales proporcionados por Usted serán protegidos en terminos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Para uso exclusivo del personal de la unidad receptora

Requisitos	Original	Copia	Cantidad
Identificación Oficial vigente (Credencial para votar INE, Pasaporte o Cédula profesional). Copia. (El original sólo será para cotejo).			
Formato de Solicitud de Reembolso o escrito libre, señalando la unidad médica involucrada, fecha y hora en que ocurrieron los hechos. Original.			
Original del documento que acredite la representación con la que actúa, para los siguientes casos: - Los familiares Derechohabientes, en caso de fallecimiento del Trabajador o Pensionado o cuando las circunstancias de salud impidan al Trabajador o Pensionado presentarla por sí mismo; el albacea o los herederos del Trabajador o Pensionado, que acrediten ese carácter con resolución emitida por autoridad competente o instrumento otorgado ante fedatario público, o el tutor nombrado por autoridad competente, en caso de imposibilidad física o mental del Derechohabiente. - Tratándose de No Derechohabiente usuario o solicitante del Servicio Médico; el albacea o los herederos, que acrediten ese carácter con resolución emitida por autoridad competente o con instrumento otorgado ante fedatario público, o el tutor nombrado por autoridad competente, en caso de imposibilidad física o mental del mismo.			
Documentación que sustentan la narración de los hechos, tales como: resumen médico del particular que haya atendido al paciente, estudios de laboratorio y gabinete (radiografías y ultrasonidos) y estudio Histopatológico, entre otros. Original.			
Facturas y/o recibos de honorarios electrónicos que acrediten la erogación de gastos médicos extrainstitucionales. Original. (impresión del archivo electrónico).			

Unidad receptora:

Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social en la Delegación

Nombre completo de la persona receptora:	Sello de la unidad receptora:
Puesto:	

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Declaraciones para el llenado del formato de Solicitud de Reembolso por gastos médicos extrainstitucionales del ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del estado (ISSSTE) hace de su conocimiento que los datos personales proporcionados en la gestión de su trámite, están protegidos y resguardados, conforme a lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como los artículos 25, 26, 31, 65, 67 y 70 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, cuya finalidad es recabar los datos necesarios para el llenado del formato de solicitud de Reembolso por gastos médicos extrainstitucionales del ISSSTE. Lo anterior, en cumplimiento a los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2018, y demás normatividad aplicable en la materia.

Esta solicitud y el trámite son gratuitos

La distribución y el trámite de esta solicitud, son gratuitos para mayor información sobre los trámites de solicitud de Reembolso por gastos médicos extrainstitucionales del ISSSTE, llama al 51409617, consulta también nuestros sitios de internet: (www.issste.gob.mx), reporta cualquier anomalía a la Secretaría de la Función Pública 01 800 0014 800 y (01 55) 2000 3000, o al Órgano Interno de Control en la Dependencia o Entidad donde laboras, a través de internet en el sitio: (www.funcionpublica.gob.mx)

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000