**Artículo 21. Fracción XII**

**Trámites y Servicios Prestaciones**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la unidad:** | Oficinas Centrales Dirección de Prestaciones Médicas. |
| **Dirección:** | Blvd. Los Álamos # 3685 Int 3 Col. San José de los Cerritos, Saltillo Coahuila |
| **Teléfono :** | (844) 4-38-04-40 ext 4006, 4005 |
| **Fax:** |  |
| **Horario de atención:** | |
|  | Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs. |

**PRESTACIONES**

Son los servicios médicos con los que no cuenta la Institución, y que el paciente obtiene directamente de médicos especialistas y/o instituciones de salud con los que el Servicio Médico ***NO*** tiene celebrados convenios de atención a sus derechohabientes.

**TABLA AUTORIZADA POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DEL COSTO DE PRESTACIONES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **ESPECIALIDAD** | **RECUPERACIÓN AL DERECHOHABIENTE** |
| Atención médica | Alta Especialidad | 30% |
| Atención quirúrgica |  | 30% |
| Derecho de sala |  | 30% |
| Derecho de anestesia |  | 30% |
| Atención hospitalaria |  | 30% |
| Vacunas (Alergología) |  | 30% |

**PROCEDIMIENTO**

1. El paciente acude a la Unidad Médica a consulta con el médico general, el cual realiza el diagnóstico.
2. Si requiere la atención médica de una especialidad que no esté en la unidad médica o no exista convenio, acude de manera particular con el médico.
3. El paciente deberá solicitar factura o recibo de honorarios que cumpla con los requisitos fiscales.
4. El paciente acude ala Dirección de Prestaciones Médicas en Oficinas Centrales para entregar la papelería que deberá cumplir con los siguientes requisitos:
5. Factura o recibo de honorarios original en formato electrónico con los siguientes datos:
   * Nombre completo y especialidad del médico o institución tratante que emite la factura (en caso de que la factura no la traiga, favor de anotársela.)
   * Nombre completo del paciente (con atención al beneficiario, si es el caso).
   * Especificación del servicio que se le brindó
   * Número de factura o recibo de honorarios.
   * Lugar y fecha de emisión.
   * Cantidad con letra, la cual deberá coincidir con la cantidad en número.
6. Las facturas tendrán **vigencia de un mes** a partir de la fecha de expedición y deberán sustentarlas con la documentación correspondiente.
7. Orden médica firmada por el médico tratante (canalizado y validado por el Servicio Médico), sin tachaduras ni sobre escritura.
8. En caso de pacientes fallecidos, anexar copia del acta de defunción y constancia de beneficiario.
9. Indicación en la papelería del tipo de Plan de Protección en caso de tener contratado. De ser así presentar estado de cuenta de hospitalización, en caso de haber estado hospitalizado.
10. Datos bancarios del asegurado: clabe interbancaria y número de cuenta.

Si la papelería no cumple con uno o varios de los aspectos mencionados **no** tendrá procedencia y se regresará a la farmacia o caja (según corresponda) de la Unidad Médica que la envía:

**Fecha de actualización y/o validación:** 19 de Abril de 2020

**Responsable de la información:**

C.P. María Estela Elizabeth Olivo Sánchez Directora de Prestaciones Médicas