

ANEXO III-B DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LOS HOSPITALES REGIONALES Y HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE, DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO" PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016.

CRITERIOS PARA LA COMPENSACIÓN ECONÓMICA INTERESTATAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

2016

Índice

Presentación.....	2
Marco normativo.....	3
Servicios estatales de salud.....	5
Tiempos de operación para la captura, el registro, validación, envío a cobro, procedimiento de pago y compensación económica interestatal.....	7
Captura.....	7
Validación.....	8
Procedimiento de pago y compensación económica.....	10
Notificación de transferencia de recursos.....	11
Tratamiento financiero de los recursos por compensación económica.....	12
Disposiciones generales.....	13
Glosario.....	15
Anexo 1. Constancia de recepción de servicios.....	16

Presentación

El derecho a la salud genera la obligación del Estado de preservar un bien jurídico protegido por la Constitución; para ello, los estados deben generar condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, no obstante, los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

La preservación o restitución del estado de salud, es un derecho de las personas que depende de la intervención oportuna y efectiva de las instituciones de salud, por lo cual, los Servicios de Salud de las entidades federativas deben asumir responsabilidades para procurar que las familias incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud, reciban servicios de salud necesarios, así como ofrecerles condiciones de igualdad en el acceso y calidad de los servicios.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018 promueve políticas públicas en materia de salud, fomentando la corresponsabilidad entre los diversos sistemas de salud que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas para asegurar el acceso a los servicios de salud.

El Sistema de Protección Social en Salud, es un mecanismo por el cual el Estado garantiza a la población no derechohabiente de ningún tipo de seguridad social, el acceso a los servicios de salud, mediante el financiamiento de los servicios estatales de salud; sin embargo, resulta necesario que los beneficiarios reciban los servicios de salud en cualquier entidad federativa distinta a la de su afiliación por razones de cercanía a su domicilio, referencia o tránsito.

El objetivo del presente es definir los criterios para la compensación económica interestatal, derivado de la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, eliminando las barreras geográficas y administrativas a fin de que puedan recibir servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional.

Marco normativo

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4°, párrafo cuatro, el derecho de toda persona a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Con base en lo anterior, el 15 de mayo de 2003 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud, en adelante “El Sistema”, como un mecanismo de protección financiera por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

El artículo 77 Bis 5, apartado A), fracciones XII y XVI, de la Ley General de Salud, establecen que corresponde al Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, establecer la forma y términos de los convenios que suscriban las entidades federativas entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, así como definir las bases para la compensación económica entre las entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud, por concepto de prestación de servicios de salud, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; asimismo, para los casos en que proceda una compensación económica por incumplimiento a las obligaciones de pago entre entidades federativas, la Secretaría de Salud podrá destinar al Régimen Estatal de Protección Social en Salud acreedor, el monto del pago que resulte por la prestación de servicios de salud que correspondan, con cargo a los recursos que deban transferirse directamente a las entidades federativas, o entregarse a la entidad federativa cuyo Régimen Estatal de Protección Social en Salud sea considerado deudor.

En congruencia con lo anterior, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, en sus artículos 13, 14, 22, 118 y 119, disponen que para garantizar las acciones de protección social en salud, los “REPSS” financiarán la prestación de los servicios de salud a la persona, otorgados por los servicios estatales de salud de la propia entidad federativa, de otras entidades federativas, otras instituciones o establecimientos del Sistema Nacional de Salud incorporados a “El Sistema”; para tal efecto, la Secretaría establecerá los

modelos de acuerdos y convenios que sean necesarios para la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema, en términos del artículo 77 Bis 5, inciso A), fracción XII de la Ley, considerándose la compensación económica como mecanismo de pago entre las entidades federativas por la prestación de servicios de salud brindados a los beneficiarios del Sistema fuera del área de circunscripción territorial en la que están afiliados dichos beneficiarios. Dicha compensación económica se llevará a cabo conforme a lo establecido en los acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema, los lineamientos que para el efecto emita la Comisión y los convenios de colaboración para la prestación de servicios de salud que suscriban las entidades federativas entre sí.

Servicios estatales de salud

1. Los servicios estatales de salud prestarán atención a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud afiliados en otra entidad federativa en los siguientes casos:
 - Cuando sea referido a través del procedimiento de referencia y contrarreferencia con los formatos establecidos por los Servicios Estatales de Salud a una unidad médica que se encuentre fuera de la entidad federativa de afiliación.
 - Cuando el beneficiario acuda a un establecimiento de salud fuera de su entidad de afiliación a recibir atención médica por tránsito o por que se encuentre temporalmente fuera de su residencia habitual, o bien cuando se trate de una urgencia.
2. Las atenciones se realizarán de conformidad con las intervenciones del CAUSES, con respecto a las modalidades de atención, así como al nivel de atención y tipo de acreditación.
3. El pago de los servicios médicos prestados será por la atención concluida, de acuerdo con las características de cobertura de las intervenciones del CAUSES y los tabuladores del Compensación Económica Interestatal establecidos por la Comisión.
4. Los establecimientos estatales de salud deberán utilizar el Sistema de Compensación Económica Interestatal para la captura de los servicios prestados. De no utilizarlo, no podrán gestionar el registro de los casos ante el REPSS.

5. Para la atención de los beneficiarios del SPSS, los establecimientos estatales de salud, considerarán como identificación oficial, a:

- Credencial para votar con fotografía (vigente).
- Cédula profesional.
- Pasaporte (vigente).
- Cartilla del Servicio Militar Nacional (no mayor a 10 años).
- Licencia de manejo (vigente).
- En el caso de que no se cuente con identificación oficial podrá presentarse un documento expedido por la autoridad local como medio de identificación (constancia de identidad con vigencia no mayor a 6 meses).
- Para el caso de menores de edad emancipados y embarazadas, podrán presentar el último certificado de estudios.

Concluida la atención médica, el establecimiento estatal de salud integrará el expediente con la siguiente documentación:

- a. Copia de póliza de afiliación (este documento podrá ser impreso del Sistema de Administración del Padrón [SAP], por lo que no requiere estar firmada por el titular).
- b. Copia de la identificación oficial.
- c. Constancia de recepción de servicios firmada por el beneficiario, en caso de ser menor de edad podrá ser firmada por el padre o tutor y cuando por motivos de salud no pueda ser firmada por el beneficiario, podrá ser firmada por el padre o tutor o bien por el cónyuge o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad. Anexo I
- d. Nota médica / resumen o informe médico para establecimientos de salud de primer nivel de atención, la cual deberá de cumplir con lo estipulado en la NOM-004-SSA-2012 del expediente clínico con firma (autógrafo) del médico que la elaboró.
- e. Para los establecimientos de segundo nivel de atención deberán de anexar, de acuerdo con la característica de cobertura y la atención proporcionada, lo siguiente:
 - Nota de urgencias (con firma autógrafa del médico tratante).

- Nota de egreso / resumen o informe médico (con firma autógrafa del médico tratante).
- Nota posquirúrgica (con firma autógrafa del médico tratante).

Los documentos mencionados anteriormente deberán de cumplir con lo establecido en la NOM-004-SSA-2012 del expediente clínico; asimismo, cuando el paciente haya requerido manejo en la terapia intensiva, la nota de egreso / resumen médico o informe médico, deberá de expresar de manera específica las fechas de ingreso y egreso en este servicio.

El establecimiento de salud resguardará la documentación, la cual deberá estar disponible para fines de supervisión y/o fiscalización.

6. El REPSS acreedor tendrá acceso a la documentación a través del sistema electrónico, la cual estará disponible para fines de supervisión y/o fiscalización.
7. Para el desarrollo del proceso de atención, captura, registro, validación y envío a cobro, los REPSS designarán a un representante médico-administrativo que será el enlace entre el REPSS deudor, el REPSS acreedor, el beneficiario y la CNPSS.

Tiempos de operación para la captura, el registro, validación, envío a cobro, procedimiento de pago y compensación económica interestatal

Captura

8. El establecimiento de salud deberá integrar la información para la captura en el sistema electrónico de acuerdo al calendario vigente.
9. La captura de los casos interestatales deberá de realizarse hasta que la atención esté concluida, de acuerdo a las características de cobertura de cada intervención.

10. Para el primer nivel de atención la captura la deberá de realizar la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, siendo responsable de coordinar a los centros de salud que le correspondan de la adecuada integración de la documentación de los casos interestatales.
11. Para el segundo nivel de atención, el establecimiento de salud será el responsable de integrar el expediente de los pacientes interestatales, subiendo al sistema la documentación de acuerdo a la atención y característica de cobertura de la intervención:
 - Consulta de especialidad: Nota médica.
 - Atención en urgencias: Hoja/folio de urgencias.
 - Hospitalización: Hoja de egreso hospitalario/resumen o informe médico indicando los días de estancia en este servicio.
 - Cirugía: Hoja quirúrgica.

Los documentos mencionados en el numeral 11 y 12 deberán de estar realizados de acuerdo con estipulado en la NOM-004-SSA-2012 del expediente clínico; asimismo, cuando el paciente haya requerido estar en la terapia intensiva la nota de egreso / resumen médico o informe médico deberá de expresar de manera clara las fechas de ingreso y egreso en este servicio.

12. La captura de los casos será únicamente para aquellos atendidos dentro de los 60 días anteriores siguientes al periodo de captura, de acuerdo al calendario establecido. Sólo para el periodo de captura SCEI 01/2016 se registrarán los meses de enero, febrero y marzo del 2016.

Registro

13. El registro de los casos los hará el REPSS acreedor posterior a la captura realizada por los establecimientos de salud, verificando que la información capturada en el sistema corresponda con la documentación y lo registrado en el Sistema.

14. El registro de los casos serán únicamente aquellos atendidos dentro de los 60 días anteriores siguientes al periodo de captura de acuerdo al calendario establecido. Sólo para el periodo de registro SCEI 01/2016 se registrarán los meses de enero, febrero y marzo del 2016.

Validación

15. Una vez que se encuentre registrados los casos, el REPSS deudor validará los casos en el sistema electrónico en los 15 días hábiles siguientes al cierre del registro de casos, de conformidad al calendario establecido por la CNPSS.
16. El REPSS deudor sólo podrá rechazar los casos por las siguientes causas:
 - a. La unidad no está acreditada en CAUSES.
 - b. La identidad del beneficiario no esté debidamente acreditada.
 - c. La intervención que se pretende cobrar no se prestó.
 - d. La intervención que se prestó no esté incluida en el CAUSES.
 - e. No se encuentre la nota médica o en su caso, la hoja de urgencias, hoja de egreso /nota o informe médico o bien la hoja quirúrgica de acuerdo a la característica de cobertura de la intervención registrada.
 - f. La hoja de no cobro y constancia de recepción de servicios no se encuentre firmada por el beneficiario o en su caso, por el cónyuge, padre, tutor o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad.
 - g. La nota médica, resumen/informe médico, hoja de egreso, hoja/folio de urgencias u hoja quirúrgica no sustente la intervención reportada.

En todos los casos deberá registrarse la causa de rechazo.

17. Los casos que hayan sido rechazados durante el periodo de validación, el REPSS deudor señalará el motivo de rechazo, el cual deberá de ser subsanado en un plazo no mayor 5 días hábiles posteriores al rechazo. Una vez realizada la corrección, el REPSS deudor podrá continuar con la validación durante los 5 días hábiles siguientes, de acuerdo al calendario. Los casos sólo podrán ser rechazados en dos ocasiones, al subsanarse los motivos del rechazo, no podrá rechazarse por motivos adicionales.

18. No podrán rechazarse los casos a juicio y criterio médico del validador, siendo responsabilidad del establecimiento de salud la validación del tratamiento utilizado y plasmado en la nota médica, hoja de urgencia u hoja de egresos hospitalarios.
19. Cuando la póliza tenga errores desde su emisión (faltas de ortografía, sexo incorrecto, entre otros), no se considerará como motivo de rechazo, siendo responsable del registro correcto en el Sistema de Administración del Padrón el REPSS que corresponda.
20. Cuando el REPSS deudor no valide ni rechace los casos durante los 15 días hábiles posteriores al cierre del registro de casos, éstos serán validados por la Comisión, de conformidad con el numeral décimo cuarto de los Lineamientos.
21. Si los casos fueron rechazos en una segunda ocasión, el REPSS podrá solicitar por escrito a la Comisión, a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, su intervención para que se realice el proceso de conciliación y se determine su validación o rechazo de conformidad con el numeral cuarto de los Lineamientos.

Procedimiento de pago y compensación económica

22. Una vez que se encuentren validados los casos en el Sistema de Compensación Económica Interestatal, el REPSS generará el recibo de cobro por concepto de la recepción de servicios de salud por parte de los servicios estatales de salud correspondientes, firmado por el titular del REPSS, especificando monto y periodo de atención; el cual deberá ser remitido al o los REPSS deudores a partir del siguiente día hábil posterior a la conclusión del periodo de validación, establecido en el calendario por la Comisión.
23. A partir de la fecha de validación de casos en el sistema electrónico por parte del REPSS acreedor, se tendrán 15 días hábiles para la aplicación de la compensación económica.
24. Una vez realizado el pago, el REPSS acreedor contará con 7 días hábiles para registrar el pago en el sistema electrónico, siendo obligatorio incluir el documento que emita el Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios (SPEI) como comprobante del pago efectuado, en

términos del código fiscal de la federación y su reglamento para la procedencia del pago interestatal.

25. De no realizarse el pago al que se hace referencia en el numeral 24, se considerará como incumplimiento a las obligaciones de pago por la prestación de servicios de salud por parte del REPSS deudor; por lo que el REPSS acreedor podrá solicitar a la Comisión la compensación económica de acuerdo con las siguientes especificaciones:

- Oficio de solicitud dirigido al Director General de Gestión de Servicios de Salud para gestionar la aplicación de la compensación económica por incumplimiento de pago por parte del REPSS deudor, especificando ID, monto y periodo de registro, el cual deberá de estar firmado por el titular del REPSS acreedor.
- Copia del oficio mediante el cual solicitó el pago, con sello de recibido del REPSS deudor que deberá indicar ID, monto y periodo de registro.
- Copia del documento "recibo de pago - servicios otorgados" firmado por el titular del REPSS acreedor.

26. La Comisión a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, notificará al REPSS deudor, la solicitud de cobro realizada por el REPSS acreedor y contará con 30 días para enviar a la Comisión la siguiente documentación:

I. Recibo de cobro.

II. Original por concepto de la recepción de servicios de salud por parte de los servicios estatales de salud del REPSS acreedor.

III. Carta de instrucción de pago, por concepto de compensación económica por la prestación de servicios de salud interestatales recibidos por parte del REPSS acreedor, la cual debe de estar dirigida a la Comisión, firmada por el titular del REPSS deudor en donde señalará que se recibieron los servicios de salud por parte de los Servicios Estatales así como el ID, monto y periodo de atención.

27. Una vez que la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud cuente con los documentos del numeral anterior, se tienen 5 días hábiles para enviarlos a la Dirección

General de Financiamiento; lo anterior es requisito indispensable para que se realice el proceso de retención por el monto de los servicios recibidos, lo que aplicará a los recursos de la cuota social y/o aportación solidaria federal o de ambas, correspondientes al REPSS deudor.

Notificación de transferencia de recursos

28. Una vez que se hayan cumplido con los requisitos de los numerales 24 y 25, la Comisión, emitirá un comunicado al REPSS deudor en el que se detallará el monto total de los recursos financieros que fueron calculados de acuerdo a la afiliación en el periodo que se señale por concepto de cuota social y/o aportación solidaria federal, de éstos el monto a transferir en numerario, en especie si es el caso, el monto de aplicación (REPSS acreedor) del concepto compensación económica, así como su periodo.

Una vez notificada la transferencia de recursos, el REPSS acreedor, emitirá y enviará la factura original al REPSS deudor.

29. Una vez recibidos los recursos por parte de la Comisión, el REPSS acreedor deberá emitir la factura por el por concepto de cobro de compensación económica por la prestación de servicios otorgados y enviarlo al REPSS deudor con copia a la Comisión; el documento deberá apegarse a las disposiciones del Código Fiscal de la Federación y deberá ser informado a la Comisión, mediante documento que tendrá que cumplir por lo menos con los requisitos siguientes:

- a) Estar firmado por el titular del REPSS acreedor y señalar que se recibieron recursos de parte de la Comisión a cuenta y nombre del REPSS deudor, por concepto de cobro de compensación económica por la atención de servicios de salud otorgados.
- b) Monto y el periodo compensado.

Tratamiento financiero de los recursos por compensación económica

30. El REPSS deudor deberá contabilizar los recursos de acuerdo a la totalidad recibida, sumando los de numerario, especie y aquellos recursos que se notificaron por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, para el pago de la compensación económica aplicada al REPSS acreedor y reportarlos de conformidad con el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad federativa, en el concepto de gasto "pagos a terceros por servicios de salud".
31. El REPSS acreedor deberá contabilizar como ingresos propios los recursos que reciba por concepto de compensación económica, los cuales no se considerarán parte de los recursos federales que por concepto de cuota social y aportación solidaria federal le corresponden, además deberán destinarse a los fines del Sistema de conformidad con la cláusula segunda, fracción II, inciso d), del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad federativa.

Disposiciones generales

32. El alta y baja de usuarios deberá de realizarse mediante oficio dirigido a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, solicitando las claves de usuarios y contraseñas.

El REPSS será el responsable de gestionar las claves de usuarios y contraseñas para sus establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención.

Los oficios deberán de acompañarse del "formato de alta y baja de usuarios" (Anexo I) por cada uno de los usuarios.

33. Cuando exista alguna complicación en el/los tratamiento (s) de los pacientes que sean ocasionadas por iatrogenia, el establecimiento público asumirá el gasto ocasionado, descartando el cobro al paciente, independientemente de que la patología se encuentre o no en el CAUSES.

34. No podrá ser motivo de rechazo cuando la póliza de afiliación no se encuentre firmada por el titular, de acuerdo al Manual de Afiliación y Operación vigente menciona: "(...) 1.5.2. *Personas que pueden firmar la póliza de afiliación por imposibilidad del titular (...)*

La póliza de afiliación deberá estar firmada por quien solicita ser el titular del núcleo familiar; sin embargo, en los casos de urgencia o fuerza mayor, tratándose únicamente de afiliaciones o reafiliaciones que se realicen fuera de los Módulos de Afiliación y Orientación, en donde el titular no pueda recibir y firmar la póliza, en virtud de que se encuentre hospitalizado o esté fuera de su localidad, la misma podrá ser recibida y firmada de acuerdo al siguiente orden:

- a) Por cualquiera de las personas referidas en las fracciones I a III del artículo 77 Bis 4 de la Ley (cónyuge, concubina (rio), padre o madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato).*
 - b) Por alguno de los beneficiarios que aparezca en la póliza de afiliación, siempre y cuando sea mayor de edad.*
 - c) Por los abuelos paternos, o en su defecto por los abuelos maternos de los menores de edad, cuando en el núcleo familiar el resto de los integrantes sean menores de edad. De no ser posible, cualquier persona mayor de 18 años que tenga parentesco por consanguinidad afinidad con el titular.*
 - d) Por cualquier persona mayor de 18 años que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad con el titular, cuando se trate de una familia unipersonal."*
35. Para el proceso de conciliación que se lleve a cabo se expondrán cada uno de los casos con sus respectivas evidencias, la Comisión a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, conciliará con ambas partes la determinación del caso (rechazado o validado), estableciendo minuta de conciliación que será el soporte para la modificación del estatus (en caso de procedencia) en el Sistema de Compensación Interestatal.
36. Todo cambio de autoridades, así como del personal que intervenga en el proceso de Compensación Económica Interestatal, deberá ser notificado de manera inmediata a la Comisión para realizar los cambios pertinentes en la plataforma.
37. Todas la unidades médicas pertenecientes a la Secretaría de Salud y que formen parte de la red de prestadores de servicios de salud estatal deben de contar con el dictamen de acreditación correspondiente, el cual debe ser enviado a esta Comisión por el REPSS correspondiente, siendo éste el documento indispensable para poder acceder al registro en la plataforma.

Glosario

Beneficiario: La persona inscrita en el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que cuenta con póliza de afiliación vigente.

Caso: Atención médica brindada al beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud en un establecimiento público de salud estatal.

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Convenio de colaboración: Acuerdo de voluntades que suscriban las entidades federativas para garantizar la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en cualquier parte del territorio nacional, así como la compensación económica.

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Establecimientos de salud: Establecimientos públicos de salud estatales, pertenecientes a los Servicios de Salud de cada entidad federativa, incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables.

Folio ID: Nomenclatura que se utiliza para identificar un recibo de cobro.

Ley: Ley General de Salud.

Lineamientos: Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud.

Póliza de afiliación: Documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que sirve como comprobante de incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

REPSS acreedor: Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad federativa que brindó los servicios de salud al beneficiario de otra entidad federativa distinta a la de su afiliación.

REPSS deudor: Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad federativa en la que se encuentra afiliado el beneficiario al que se le brindó los servicios de salud.

Reglamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud.

Anexo 1. Constancia de Recepción de Servicios

Fecha de elaboración

Día	Mes	Año

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE SERVICIOS Y HOJA DE NO COBRO

No. de expediente/Folio de urgencias

Fecha de ingreso

Día	Mes	Año

Fecha de egreso

Día	Mes	Año

1. Datos del Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud

2. Datos del Beneficiario del Seguro Popular

Nombre del (la) paciente:

Edad:

Sexo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujer	Hombre

No. de póliza de afiliación

CURP:

Entidad de Afiliación

Identificación Oficial (especifique):

3. Área de Atención

Urgencias

☐

Hospitalización

☐

Terapia Intensiva

☐

Consulta de Especialidad

☐

Cirugía

☐

Subsecuente

☐

En caso de haber requerido terapia intensiva escriba la fecha de atención

Fecha de ingreso

Día	Mes	Año

Fecha de egreso

Día	Mes	Año

4. Intervención CAUSEs

No. de Intervención

Nombre de la Intervención

5. Motivo por el cual solicitó la atención médica en el Establecimiento de Salud Federal (marque con una X)

Referencia

☐

Urgencia

☐

Co-morbilidad

☐

Subsecuente

☐

6. ¿Realizó el pago por algún servicio?

Marque con una X

SI

NO

IMPORTE

Consultas

☐
☐

Hospitalización

☐
☐

Laboratorio y Gabinete

☐
☐

Cirugía

☐
☐

Manifiesto haber recibido en el Establecimiento de Salud Federal _____ los servicios de salud descritos.

Nombre y firma del beneficiario y/o familiar (parentesco)

Sello del Establecimiento de Salud