



HACIENDA
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO



Banco del Bienestar
El Banco de los mexicanos



2019
100 años de la Revolución Mexicana
EMILIANO ZAPATA

CERTIFICACIÓN

LIC. DIEGO JULIÁN MUTZENBECHER PADILLA, en mi carácter de Prosecretario del Consejo Directivo del BANCO DEL BIENESTAR, SOCIEDAD NACIONAL DE CRÉDITO, INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO, certifico para todos los efectos legales a que haya lugar, que el Consejo Directivo de dicha Institución, en su sesión ciento veintinueve ordinaria, celebrada el día 11 de diciembre de 2019, en el desahogo del tercer punto inciso H) del Orden del Día, adoptó por unanimidad la siguiente resolución:

“RESOLUCIÓN CD.129.3.8. En razón de las consideraciones expuestas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 21, 22 fracción VIII, 23 y 25, fracción XXXII, de la Ley Orgánica del Banco del Bienestar, 20, 21 fracción VII y 23 fracción XXXII, de su Reglamento Orgánico, 42, fracción XVIII, de la Ley de Instituciones de Crédito, así como en la opinión favorable del Comité de Recursos Humanos y Desarrollo Institucional emitida en su sesión No. 61, el Consejo Directivo aprueba las modificaciones al Reglamento de Servicios Médicos para el Personal Operativo del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, S.N.C., I.B.D., en los términos expuestos.”

Se extiende la presente certificación en la Ciudad de México, a los trece días del mes de diciembre de dos mil diecinueve.

PROSECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

LIC. DIEGO JULIÁN MUTZENBECHER PADILLA

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. El presente Reglamento regirá la prestación del Servicio Médico que brinda el Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., a sus pensionadas(os) y jubiladas(os) y trabajadores operativos activos que hayan ingresado a la Institución antes de la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y Obligaciones aplicable al Personal de Confianza del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, pensionados y jubilados, así como a los derechohabientes de unos y otros con excepción de los que se pensionen bajo el esquema a que se refiere el inciso b) del artículo 49 bis de las Condiciones Generales de Trabajo Vigentes junto con sus derechohabientes; en atención a los Convenios de Subrogación vigentes con los Organismos de Seguridad Social correspondientes.

ARTÍCULO 2. Las disposiciones contenidas en el presente Reglamento son de carácter obligatorio para las y los trabajadores operativos, pensionadas(os) y jubiladas(os) del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., así como para sus familiares derechohabientes que, en términos del mismo, tengan derecho a recibir el servicio médico subrogado.

ARTÍCULO 3. Para los efectos de este Reglamento se entenderá por:

Accidente de trabajo: Es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o por consecuencia del trabajo que ejecute para el Banco del Bienestar, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste. Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse la/el trabajador operativo directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél.

Alimentación enteral: Alimentación artificial administrada, en forma líquida, al estómago o directamente al intestino mediante sondas introducidas hasta el estómago o el intestino, a través de la nariz o de la pared abdominal (gastrostomía o yeyunostomía).

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Autorización: A la conformidad o visto bueno que emite la Gerencia de Servicio Médico para la realización de estudios, hospitalizaciones, cirugía, obstetricia, medicamentos especiales y otros servicios o insumos.

Banco y/o Institución: Banco del Bienestar, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo.

Concubina(o): Se considera concubina(o) a la mujer u hombre con quien la o el trabajador operativo, adquieran derechos y obligaciones recíprocos, siempre que, sin impedimentos legales para contraer matrimonio, han vivido en común en forma constante y permanente por un período mínimo de dos años que precedan inmediatamente a la generación de derechos y obligaciones. No es necesario el transcurso del



REGLAMENTO DE SERVICIO MÉDICO DEL BANCO DEL BIENESTAR, SOCIEDAD NACIONAL DE CRÉDITO, INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO

período mencionado cuando, reunidos los demás requisitos, tengan un hijo en común. Si con una misma persona se establecen varias uniones del tipo antes descrito, en ninguna se reputará concubinato.

Convenio de Subrogación: Instrumento jurídico mediante el cual el Banco otorga en sustitución del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los servicios relativos a los seguros de enfermedades y maternidad, los servicios de medicina preventiva y de rehabilitación y los servicios médicos de los riesgos del trabajo.

Condiciones Generales de Trabajo (CGT): Son las Normas de observancia obligatoria que rigen las relaciones laborales de los trabajadores operativos con el Banco del Bienestar, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 5, 6, y 18 de la ley Reglamentaria de la Fracción XIII Bis del Apartado B del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Corporativo: El Inmueble sede del Banco, ubicado en Av. Río Magdalena 115, Col. Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, o aquél donde se localice oficialmente la administración central del Banco.

Credencial de Servicios: Medio de identificación personal que acredita a las y los derechohabientes para el uso del servicio médico.

Dependencia económica: El estado de necesidad por virtud del cual los ascendientes, hijos(as), esposa(o) o concubina(o) y/o padres, dependen del salario o pensión o jubilación que recibe la/el trabajador y/o del titular jubilado o pensionado, a fin de obtener el sustento necesario para la satisfacción de sus necesidades normales de orden material y cultural.

Para los efectos del presente Reglamento, no se considerará dependiente económico y por lo tanto no se otorgará el servicio médico que brinda el Banco, a los ascendientes que cuenten con derechos propios o sean derechohabientes de alguna otra persona para el otorgamiento del servicio médico por parte de alguna institución médica oficial o privada, o que teniéndolo renuncien a él para obtener el otorgado por esta entidad; así como, cuando su manutención no sea total y/o tengan algún tipo de ingreso o remuneración comprobable.

Derechohabientes: Las y los trabajadores operativos que hayan ingresado a la Institución antes de la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y Obligaciones aplicable al Personal de Confianza del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, y sus dependientes económicos, así como las y los pensionados y jubilados por el Banco, las y los cónyuges de estos últimos y, en su caso, a sus hijos(as) cuando se encuentren incapacitados física o psíquicamente, que no puedan trabajar para obtener su subsistencia y que tengan derecho a los servicios de la red médica en términos de lo dispuesto en el presente Reglamento, y conforme al artículo 38 de las CGT.

Ciudad de México y Área Metropolitana (CDMX). (CDMX y Área Metropolitana): El área comprendida en la zona metropolitana de la Ciudad de México, la cual está conformada de la siguiente forma: Las 16 alcaldías

que son: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Miguel hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco, 40 municipios del Estado de México que son: Acolman, Atenco, Atizapán de Zaragoza, Chalco, Chiautla Chicoloapan, Chinconcuac, Chimalhuacán, Coacalco de Berriozábal Cocotitlán, Coyotepec, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec de Morelos, Huehuetoca, Huixquilucan, Ixtapaluca Jaltengo, La Paz, Melchor Ocampo, Naucalpan de Juárez, Nextlalpan, Nezahualcóyotl, Nicolás Romero, Papalotla, San Martín de la Pirámides, Tecámac, Temamatla, Teoloyucan, Teotihuacán, Tepetlaoxtoc, Tepotzotlán, Texcoco, Tezoyuca, Tlalmanalco, Tlalnepantla de Baz, Tultepec, Tultitlán, Valle de Chalco, Solidaridad y Zumpango; y Tizayuca en el Estado de Hidalgo.

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 el que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Estudiante: Persona que concurre regularmente a un centro de educación, capacitación o especialización, por períodos anuales, semestrales o cuatrimestrales durante todos los días académicos hábiles de cada una de las semanas comprendidas en dichos períodos, con una intensidad de cuatro (4) horas diarias como mínimo.

Estudios de laboratorio y gabinete: Estudios especializados, solicitados por los médicos para el diagnóstico, control y/o seguimiento de los padecimientos de los derechohabientes.

Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Gerencia de Servicio Médico: Personal del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., adscrito a la Dirección de Recursos Humanos encargado de la administración de la prestación del servicio a las y los derechohabientes.

Gerencia de Remuneraciones y Nómina: Personal del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., adscrito a la Dirección de Recursos Humanos encargado de coordinar y asegurar las acciones conducentes al correcto control de las prestaciones sociales.

Gerencia de Pagos y Conciliaciones: Personal del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., adscrito a la Dirección de Recursos Humanos encargado de supervisar que los pagos a proveedores y reembolsos de gastos médicos, sean cubiertos en tiempo y forma.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incapacidad: Documento médico laboral, que justifica la ausencia temporal de un trabajador operativo para laborar como consecuencia de una enfermedad no profesional o accidente de trabajo.



REGLAMENTO DE SERVICIO MÉDICO DEL BANCO DEL BIENESTAR, SOCIEDAD NACIONAL DE CRÉDITO, INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO

Jubilado: La o el trabajador operativo que ha alcanzado determinada edad y los requisitos legales, para que se pensione estando en servicio activo en el Banco, y que cumpla con cualquiera de las condiciones siguientes: 55 años de edad con treinta (30) años de servicio y/o sesenta (60) años de edad con diez (10) años de servicio, en términos de los artículos 44 y 49 Bis 1 de las CGT.

Ley del ISSTE: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley del IMSS: Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Medicamentos: Fármaco elaborado por medio de fórmulas farmacéuticas para ser usado en el tratamiento, alivio de síntomas o diagnóstico de enfermedades que afecten a seres humanos.

Medicamento especializado: Fármaco que por el padecimiento y grado de especialidad no se encuentra en el cuadro básico de atención médica.

Médico de Primer Contacto: Las y los profesionales de la medicina que, atienden a las y los derechohabientes en primera instancia, que abarcan las especialidades básicas de Medicina General, Pediatría, Ginecología, Geriatria y Odontología.

Médico especialista y subespecialista: Las y los profesionales de la medicina que cuenta con estudios de especialización con reconocimiento de las asociaciones o consejos correspondientes, con título y cédula profesional de alguna especialidad en una rama de la medicina para la atención de la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema.

Montos y Tarifas autorizadas: Tablas con montos y tarifas pactadas con los prestadores de servicio bajo los cuales se realizarán los reembolsos que soliciten las y los trabajadores operativos, jubilados o pensionados por servicios de salud.

Obesidad mórbida: Se considera obesidad mórbida cuando se presenta un sobrepeso igual o mayor a cuarenta y cinco (45) kilogramos o cuando se presenta un sobrepeso de más del 50% del peso corporal ideal.

El indicador para clasificar la obesidad, es el Índice de Masa Corporal (IMC), que relaciona el peso en kilogramos con la talla expresada en metros, elevada al cuadrado (kg / m^2). Según esta clasificación, se considera obesidad mórbida a aquella que presenta un IMC mayor o igual a 40.

Pensionado: La o el trabajador operativo que se pensione estando en servicio activo en el Banco, por un estado de invalidez que provenga de un riesgo profesional, accidente o enfermedad, sobrevenido en o por resultado del oficio desempeñado al servicio del empleador, ante un Instituto de Seguridad (IMSS o ISSSTE).

Planes de Beneficios de Salud: Programas de Promoción de la Salud, Preventivos, Curativos y Rehabilitatorios otorgados a través de un modelo de servicios ofrecido a las/los trabajadores operativos y sus beneficiarios, cuyas modalidades pueden ser: Plan BANSEFI Principal a través de la red médica institucional, y plan BANSEFI directo a través de reembolso y, en su caso, a través de la red médica institucional citada.

Puerperio: Tiempo que transcurre desde el parto hasta la recuperación de los cambios gestacionales. Dura aproximadamente unos cuarenta (40) días. En este tiempo, la mujer vuelve a la situación anterior al embarazo.

Productos de cuidado o higiene personal: Cualquier sustancia que esté destinada a ser aplicada sobre la piel, dientes o mucosas del cuerpo humano (las mucosas son el recubrimiento de las cavidades naturales del cuerpo humano, es decir, la continuación de la piel hacia su interior, tales como cavidades nasales, ojos y boca, entre otros) con la finalidad de higiene o de estética, o para neutralizar o eliminar ectoparásitos.

Red Médica: Al conjunto de médicos, hospitales, farmacias, laboratorios, gabinetes, ópticas, ortopedias, ambulancias y demás recursos médicos que prestan servicios médicos para las y los trabajadores operativos, jubilados y/o pensionados y sus derechohabientes.

Reembolso: Mecanismo utilizado para reintegrar a los titulares, la tarifa autorizada con descuento pactada con la red médica institucional, por los servicios médicos recibidos y pagados por los derechohabientes.

Referencia-contrareferencia: Sistema de atención médica escalonado, permanente y continuo entre los tres niveles de atención médica, que coordina los procedimientos de envío de pacientes entre los médicos de primer contacto y los médicos especialistas y viceversa para la valoración, diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades que por sus características requieren una atención especializada dada:

- a. La complejidad de la patología del paciente.
- b. Los recursos necesarios para su atención.

El escalonamiento se realiza a través de cualquiera de los siguientes documentos:

1. Pase Especialista: Documento a través del cual se autoriza la atención temporal del paciente por el médico especialista solicitado por el médico responsable del paciente para el diagnóstico, tratamiento y control de alguna enfermedad, a través del "Formato de referencia y contra-referencia".
2. Pase abierto: Documento a través del cual se autoriza la atención permanente del paciente por el médico especialista dada la complejidad del diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad motivo de la referencia y contra-referencia inicial del paciente.

Reglamento: Reglamento de servicios médicos del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D.

Resumen clínico: Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Salpingoclasia: Método de esterilización femenina irreversible, en el cual se cortan y sellan las trompas uterinas para evitar el encuentro del espermatozoide con el óvulo.

SMMVCDMX: Salario Mínimo Mensual Vigente en la Ciudad de México.

SMDVCDMX: Salario Mínimo Diario Vigente en la Ciudad de México.

Servicio Médico: Conjunto de servicios médicos que el Banco otorga a las y los trabajadores operativos y sus derechohabientes de acuerdo al plan de beneficios establecido en el presente reglamento.

Servicios Médicos Complementarios: Servicios de hospitalización, estudios de laboratorio, gabinete, ortopedia, ópticas, hemodiálisis, entre otros servicios médicos necesarios para la recuperación total del derechohabiente del Banco.

Subcomité de cirugía: Conjunto de personas que supervisan de manera directa o indirecta la prestación de servicio médico para el personal derechohabiente, bajo las mejores prácticas, así como opinar en aquellos temas no considerados en el presente Reglamento (atender casos especiales, resolver nuevos requerimientos de servicios médicos, seguimiento de casos de cirugías y hospitalizaciones, etc.).

Trabajador operativo: Son todos aquellos trabajadores que, de conformidad con el tabulador vigente de la Institución, van con el grupo jerárquico del 1 al 10 y que ingresaron antes de la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y Obligaciones aplicable al Personal de Confianza del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, que presta al Banco un trabajo personal subordinado a través de una relación de trabajo y que cuenta con nombramiento expedido por esta misma Institución.

Titular: La o el trabajador operativo activo, jubilado o pensionado del Banco de conformidad a las CGT, responsable de las personas registradas como sus derechohabientes.

Tratamiento especializado: Seguimiento médico que por el diagnóstico y grado de complejidad requiere fármacos, material, equipo, estudios, etc., de alta especialidad.

Urgencia grave: Aquella alteración de la salud que se presenta en forma repentina poniendo en peligro la vida o la función de un órgano, sistema o aparato, si los signos o síntomas no se atienden en forma inmediata.

Urgencia real: Aquella alteración de la salud que se presenta en forma repentina y requiere atención médica inmediata para la estabilización de los signos y síntomas agudos, así como un tratamiento para su atención.

Urgencia sentida: Aquella alteración de la salud o lesión que no pone en peligro la vida o la función de un órgano, sistema o aparato.

ARTÍCULO 4. El servicio médico se otorgará de la siguiente manera:

- I. Para las y los pensionadas(os) y jubiladas(os) y trabajadores operativos que hayan ingresado a la Institución antes de la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y

Obligaciones aplicable al **Personal de Confianza** del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, que cotizan al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o al Instituto Mexicano del Seguro Social y tienen su centro de trabajo en la Ciudad de México y Área Metropolitana, así como sus derechohabientes, los Convenios de Subrogación comprenden las prestaciones señaladas en las fracciones I, II, III y IV del artículo 38 de las CGT, por lo que la Institución se obliga a incorporarlos junto con sus derechohabientes al servicio médico subrogado, con excepción de aquellos derechohabientes que por su padecimiento, requieran un tratamiento o medicamento especializado, los cuales serán debidamente canalizados al Instituto de Seguridad Social correspondiente. Lo anterior será determinado por la Gerencia de Servicio Médico con base en la información otorgada por el médico tratante.

Este esquema de servicio médico se conforma de dos planes con características particulares, a fin de permitir que las y los trabajadores operativos obtengan la atención del servicio médico en la forma que consideren más convenientes entre las siguientes:

- a) A través de un grupo de prestadores de servicios médicos que se integren a la red médica (Plan BANSEFI Principal).
- b) A través del reembolso y de la selección libre de cualquier proveedor de servicios médicos (Plan BANSEFI Directo).

Las reglas y especificaciones de cada uno de los planes se detallan más adelante en el presente Reglamento.

Tratándose de las y los pensionadas(os) y/o jubiladas(os) del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., y sus derechohabientes, en su caso, la atención médica que se les proporcione será en adición a los beneficios de seguridad social que como pensionistas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Instituto Mexicano de Seguridad Social, les corresponda recibir por parte de cada Instituto. Con excepción de los que se pensionen bajo el esquema a que se refiere el inciso b) del artículo 49 bis; de las Condiciones Generales de Trabajo.

II. Para las y los pensionadas(os) y jubiladas(os) y trabajadores operativos que hayan ingresado a la Institución posterior de la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y Obligaciones aplicable al Personal de Confianza del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, contarán con la seguridad social impartida por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTÍCULO 5. El servicio médico estará alineado al presupuesto anual autorizado y a la disponibilidad presupuestaria, por lo que una vez que ya no se cuente con recursos, los derechohabientes en activo a que se refiere el artículo 4º fracción I, del presente reglamento deberán acudir al servicio médico del Instituto de Seguridad Social correspondiente.

CAPÍTULO II DE LOS DERECHOHABIENTES

ARTÍCULO 6. La Institución está obligada a proporcionar a todos los trabajadores en servicio activo y pensionados, así como a los derechohabientes de unos y otros, con excepción de los que se pensionen bajo el esquema a que se refiere el inciso b) del Artículo 49 bis junto con sus derechohabientes; en atención a los Convenios de Subrogación vigentes con los Organismos de Seguridad Social, las prestaciones en especie y dinero siguientes:

- I. En caso de accidentes de trabajo o enfermedad profesional del trabajador;
 - a) Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, elementos auxiliares de prótesis, órtesis y aparatos auxiliares necesarios;
 - b) Si el accidente o la enfermedad incapacitan al trabajador, para laborar, recibirá mientras dure la inhabilitación, su salario íntegro hasta que se declare su incapacidad permanente parcial o total, o fallezca; y
 - c) Rehabilitación.

No se considerará accidente de trabajo ni enfermedades profesionales los que ocurran encontrándose el trabajador en estado de ebriedad o bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, a menos que obedeciera a prescripción médica y si hubiera comunicado el hecho a La Institución, o cuando se ocasione deliberadamente alguna incapacidad por sí solo o por medio de otra persona y cuando el siniestro sea el resultado de algún delito del que fuera responsable el trabajador de un intento de suicidio o de una riña en que hubiera tomado parte.

La Institución quedará en todo caso obligada a prestar los primeros auxilios y a cuidar del traslado de los trabajadores a su domicilio o a un centro médico, así como a proporcionarles las prestaciones que a continuación se señalan, ya que tales riesgos tendrán el carácter de enfermedades o accidentes no profesionales;

- II. En caso de accidente que no sea de trabajo o enfermedad no profesional del trabajador;
 - a) Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, así como los elementos de prótesis, órtesis y aparatos auxiliares necesarios, desde el comienzo de la enfermedad y durante un plazo de 52 semanas para la misma enfermedad;

En estos servicios quedará incluida la asistencia dental que comprenderá el tratamiento médico-quirúrgico de padecimiento de las encías, labios, paladar, maxilares y dientes con obturaciones de cemento, porcelana y amalgama de plata, endodoncias, quedando excluido otro tipo de trabajo de prótesis o tratamiento dental;

- b) Si la enfermedad no profesional o el accidente que no sea de trabajo incapacitan al trabajador para laborar, éste recibirá durante su incapacidad su salario íntegro durante un plazo máximo de 52 semanas, salvo que en este periodo se declare la incapacidad permanente, ya sea total o parcial o acontezca su fallecimiento;

c) Concluido el periodo máximo de cincuenta y dos semanas previsto en los incisos anteriores, si el trabajador continúa enfermo, La Institución prolongará su tratamiento y el pago del salario íntegro hasta por otras cincuenta y dos semanas, siempre que el diagnóstico médico que se rinda determine que el trabajador puede recuperar la salud y la capacidad para el trabajo, o que el abandono del tratamiento puede agravar la enfermedad u ocasionar un estado de invalidez; y

d) Internación en casas de reposo al trabajador convaleciente de una enfermedad por la cual se le hubieren otorgado las prestaciones señaladas en los incisos anteriores, cuando a juicio del médico designado por La Institución sea necesaria para restablecer la capacidad en el trabajo.

Para los efectos de la fracción I y II del presente artículo se considera como aparatos ortopédicos los lentes convencionales, de contacto, o intraoculares y por lo tanto, se deberá pagar el costo total de los cristales de los anteojos que les sean recetados a los trabajadores, así como el de los aros, debiendo ser éstos de buena calidad, sin que lleguen a ser de lujo, con la posibilidad de que el trabajador cubra el excedente en caso de que deseara tenerlos de una calidad distinta. Los lentes intraoculares solamente se otorgarán para evitar un estado de invalidez y siempre que así lo recete el médico especialista de La Institución.

III. A sus trabajadoras que vayan a dar a luz:

a) Asistencia obstétrica;

b) Treinta días de descanso anteriores a la fecha esperada y 60 días inmediatamente después;

Los treinta días previos al alumbramiento y los 60 días posteriores al mismo deben computarse como días naturales.

No procede acumular al descanso post-natal los días que hubieren faltado del descanso pre-natal, en virtud de que ambos periodos de descanso están condicionados a la fecha del alumbramiento, la cual delimita el momento en que termina el periodo pre-natal y se inicia el post-natal;

c) Salario íntegro durante los dos periodos mencionados en el inciso anterior, siempre que no estén recibiendo otro ingreso por enfermedad o ejecutando algún otro trabajo remunerado;

d) Un mes de salario íntegro como ayuda extraordinaria para gastos de alumbramiento; esta ayuda no podrá ser superior al equivalente de cinco salarios mínimos bancarios mensuales para la Ciudad de México;

e) Al nacer el hijo, una canastilla cuyo valor será el equivalente al 10 por ciento del salario mínimo bancario mensual de la Ciudad de México, siempre y cuando no resulte inferior al que tengan las que otorgue el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o el Instituto Mexicano del Seguro Social, pues en el supuesto de que sea inferior, el porcentaje mencionado se incrementará en la cuantía necesaria para igualarlo; y

f) Ayuda en especie o en efectivo para lactancia durante seis meses, inmediatamente posteriores al alumbramiento la que en caso necesario podrá ser entregada a la persona encargada de cuidar al niño en el concepto de que, si la ayuda fuera en efectivo su importe será igual al 50 por ciento del salario mínimo bancario mensual de la Ciudad de México.

La esposa o la concubina del trabajador, a que se refiere el inciso a) de la fracción siguiente, recibirá directamente las prestaciones consignadas en el inciso a) y por conducto del trabajador, las consignadas en los incisos d), e) y f) de esta fracción.

Se considera concubina de conformidad a lo establecido en el artículo 3 del presente Reglamento; y las prestaciones referidas en los incisos c), d), e) y f) del presente artículo deberán ser solicitadas ante la Subdirección de Desarrollo Organizacional y Profesionalización.

IV. A los beneficiarios que se indican, asistencia médico-quirúrgica, incluyendo la dental en los términos de la fracción II, del inciso a) de este artículo, farmacéutica y hospitalaria por un plazo máximo obligatorio de 52 semanas para la misma enfermedad.

a) La esposa del trabajador, o en su defecto la concubina.

El esposo o concubinario que reúna los requisitos previstos, gozará de la misma prestación cuando se encuentre incapacitado física o psíquicamente para trabajar;

b) Los hijos del trabajador, solteros y que no trabajen, menores de veintiún años y hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional, o si no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una incapacidad física o psíquica, hasta en tanto no desaparezca;

c) El padre y la madre del trabajador;

d) Los pensionados de La Institución, así como los pensionados por incapacidad permanente total o parcial no menor del 50 por ciento por invalidez, por retiro de edad y tiempo de servicio, por cesantía en edad avanzada o por vejez, y a los derechohabientes de los trabajadores pensionados que se mencionan en los tres incisos anteriores;

e) Los derechohabientes y pensionados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o Instituto Mexicano del Seguro Social en su carácter de beneficiarios de trabajadores que fallezcan en servicio o estando pensionados.

Las personas a que se refieren los incisos anteriores deberán depender económicamente del trabajador y no tener por sí mismos derecho a similares prestaciones.

La duración o gravedad de las enfermedades a que se refiere este artículo, así como a la naturaleza o calidad de la atención requerida, serán establecidas por los médicos de La Institución. En caso de inconformidad, el trabajador o beneficiario, directamente o a través de El Sindicato, podrá pedir otro dictamen por su cuenta y si La Institución no se allanare a éste, de común acuerdo con los dos médicos discrepantes designarán a un tercero, cuyo dictamen será definitivo. El dictamen del médico del trabajador, o del beneficiario y del médico tercero, serán pagados por la parte que no haya tenido razón;

V. En caso de emergencia comprobada en la que haya sido indispensable utilizar servicios médicos al margen del sistema establecido, La Institución pagará los gastos que por este concepto hubiera cubierto el trabajador;

VI. Los trabajadores por tiempo fijo u obra determinada, así como sus derechohabientes recibirán de La Institución los beneficios a que tengan derecho en los términos de La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de sus Reglamentos respectivos o de La Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

La Institución llevará archivos adecuados que permitan registrar la estadística de las prestaciones que otorgue en los términos de este artículo, y en su caso también proporcionará esta información al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o al Instituto Mexicano del Seguro Social, cuando sean solicitados.

ARTÍCULO 7. El Banco, sin responsabilidad a su cargo, podrá suspender la prestación de los servicios médicos a quienes no cumplan con los requisitos de registro y actualización establecidos en el presente reglamento, y conforme al artículo 38 de las CGT.

ARTÍCULO 8. Para acceder a la red médica, los derechohabientes deberán acreditar con credencial que lo identifique como derechohabiente y que se otorgue para estos efectos.

En caso de extravío o robo de la credencial de servicios, se deberá hacerlo del conocimiento de la Gerencia de Servicio Médico vía oficio para tramitar su reposición.

ARTÍCULO 9. La Gerencia de Servicio Médico hará del conocimiento a las y los derechohabientes, la forma y términos en los que se brindará el servicio de la red médica, así como de cualquier modificación a la misma. Del mismo modo, le hará de conocimiento a los trabajadores operativos y sus derechohabientes los casos en los que, por su padecimiento, deberán ser canalizados al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

ARTÍCULO 10. Los gastos que se originen cuando hagan uso de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios distintos a los que les corresponda de conformidad con su plan de beneficios, o cuando se sometan a tratamientos no autorizados por la Gerencia del Servicio Médico, serán a cargo de las y los derechohabientes, salvo en los casos de urgencia comprobada a entera satisfacción de la Institución.

ARTÍCULO 11. En caso de que, bajo cualquier supuesto el familiar derechohabiente deje de reunir las características que en términos del artículo 38 de las CGT lo conceptúan como tal, la o el trabajador operativo deberá notificar de inmediato, para efectuar la baja correspondiente. De igual manera, la o el pensionada(o) y/o jubilada(o) que tenga dado de alta a su cónyuge y/o concubina como familiar derechohabiente, deberá notificar a el Banco cuando aquél, por cualquier causa, pierda su carácter de cónyuge y/o concubina(o).

Al fallecer un derechohabiente, los familiares de éste deberán solicitar el certificado médico de defunción, preferentemente al médico tratante, y notificar el hecho de manera inmediata al Banco a través de la Dirección de Recursos Humanos, así como devolver la credencial de servicios correspondiente.

ARTÍCULO 12. Los actos u omisiones de las y los derechohabientes que impliquen una conducta indebida, relacionada con el uso del servicio médico y/o que causen daño al patrimonio del Banco, darán lugar a que se exija a las y los trabajadores operativos, sus familiares derechohabientes, las y los pensionadas(os) y/o jubiladas(os) y las y los cónyuges y/o concubinas(os) de estos, de ser el caso, el cumplimiento de las responsabilidades civiles, administrativas, laborales y penales que resulten procedentes.

ARTÍCULO 13. Lo no previsto en el presente Reglamento se sujetará a lo que establece la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajador del Estado, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, y las Condiciones Generales del Trabajo Vigentes.

CAPÍTULO III DE LA CONSERVACIÓN DE DERECHOS

ARTÍCULO 14. La o el **trabajador operativo** deberá suscribir con la periodicidad que el Banco le solicite, una carta, bajo protesta de decir verdad, mediante la cual manifieste que sus familiares derechohabientes cumplen con lo señalado en los artículos 38 y 40 de las CGT.

En caso de incurrir en falsedad, el Banco aplicará las medidas legales pertinentes de conformidad con el artículo 121 de las CGT.

ARTÍCULO 15. Para registrar a una persona como familiar derechohabiente y, en su caso, acreditar la dependencia económica, se deberá acudir a la Gerencia de Remuneraciones y Nómina del Banco y entregar la siguiente documentación:

- I. Para los hijos menores de veintiún (21) años; no independientes, se deberá entregar copia certificada de su acta de nacimiento.
- II. Para los hijos; incapacitados física o psíquicamente, que no puedan trabajar para obtener su subsistencia, deberán presentar copia certificada de su acta de nacimiento y comprobar el estado de salud mediante certificado médico expedido por alguno de los médicos de la red médica institucional, siempre que no sean sujetos de los regímenes de protección social.
- III. Para los hijos mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años que no cuenten con Seguridad Social y/o póliza de seguro de gastos médicos, deben entregar a través del titular:
 - a) Carta del trabajador operativo en la que conste que cumple con los requisitos de dependencia económica del trabajador operativo, que permanecen solteros y de no tener un trabajo remunerado, en los términos señalados en la fracción II, artículo 6 del presente Reglamento.
 - b) En casos de alta por primera vez, copia certificada del acta de nacimiento.
 - c) Constancia de la escuela en la que se encuentren inscritos la cual deberán actualizar por lo menos cada seis meses, a fin de comprobar que están realizando estudios de nivel medio superior o superior de cualquier rama del conocimiento en planteles oficiales o reconocidos.

No se aceptarán documentos como lo son: cursos de idiomas, computación o similares, cursos o diplomados con duración menor a tres años y sin validez oficial como carrera técnico-profesional.

La observación de lo anterior y la comprobación de estudios es obligación del trabajador operativo y debe ser a partir de la fecha en que su hijo cumpla los veintiún (21) años de edad y hasta la edad de veinticinco (25) años.

Los hijos de los trabajadores operativos causarán baja automática el día en que no cumplan con alguno de los requisitos descritos y/o el día en que cumplan la edad de veinticinco (25) años, independientemente del cumplimiento del resto de los requisitos antes descritos.

- IV. Esposa(o): Solicitud de alta, copia certificada de su acta de nacimiento, copia certificada del acta de matrimonio y carta suscrita por el trabajador operativo manifestando bajo protesta de decir verdad la dependencia económica y siempre que no sean sujetos de los regímenes de protección social, para lo cual se deberá presentar constancia de no vigencia de derechos de los servicios de seguridad social (ISSSTE e IMSS).
- V. Concubina(o): Solicitud de alta, así como la Resolución Judicial ante un juez competente a través de la cual se dé cumplimiento a lo establecido en el artículo 6 fracción V del presente reglamento, así como carta suscrita por la/el trabajador operativo manifestando la dependencia económica de su concubina(o) y en caso de no trabajar, indicar los servicios médicos con los que cuenta.
- VI. Ascendientes: Solicitud de alta, carta en la que se manifiesta bajo protesta de decir verdad que aquéllos dependen económicamente de la o el trabajador operativo, que no tienen derechos por sí mismos a ningún otro beneficio de seguridad social y que además no tienen por sí mismos o que otro hijo(o) les haya otorgado o pueda otorgarles servicios por cualquier instituto de seguridad social, en caso que esto último se presente, no podrán considerarse como beneficiarios para el trabajador operativo, la situación laboral de éstos, así como copia certificada del acta de nacimiento del padre, de la madre o de ambos, según sea el caso y carta de filiación de los servicio de seguridad social (ISSSTE e IMSS).

No será impedimento para que se dé de alta en el servicio médico a los familiares derechohabientes de la o el trabajador operativo, así como para la conservación de derechos, el que éstos cuenten con:

- I. Cobertura de seguros, esquemas o sistemas de salud facultativos otorgados por instituciones educativas.
- II. Cobertura de seguros, esquemas o sistemas de salud facultativos contratados de manera voluntaria ante cualquier institución de seguridad social.
- III. Cobertura de seguros, esquemas o sistemas de salud facultativos contratados de manera personal y/o familiar.

El Banco se reserva el derecho de validar o solicitar ampliar la información y/o documentación proporcionada o adicional. Los documentos que se señalan son enunciativos más no limitativos.

Los documentos entregados formarán parte del expediente de la o el trabajador operativo y no tendrán carácter devolutivo, aun en el caso de que aquél cause baja del Banco.

ARTÍCULO 16. Cuando la o el **trabajador operativo**, disfrute de una licencia sin goce de sueldo otorgada por el Banco, tanto ella o el, como sus familiares derechohabientes conservarán durante las ocho semanas siguientes al inicio de la misma, el derecho a recibir el servicio médico exclusivamente en el Plan BANSEFI Principal y causarán baja temporal del mismo, por el tiempo que exceda este periodo en relación con la duración de la citada licencia.

ARTÍCULO 17. El personal que cause baja del Banco por la terminación de la relación laboral siempre y cuando ésta haya sido de un mínimo de dos meses, la o el trabajador operativo y sus derechohabientes conservarán el derecho a disfrutar el servicio médico hasta por un periodo máximo de ocho semanas posteriores exclusivamente en el Plan BANSEFI Principal, salvo que en ese lapso se coloque dentro de una nueva relación de trabajo conforme al artículo 38 fracción VI párrafo segundo de las CGT.

En los casos descritos en el párrafo anterior, las y los trabajadores operativos deberán devolver su credencial de servicios, así como las de sus derechohabientes.

ARTÍCULO 18. Al fallecimiento de la o el trabajador operativo, sus derechohabientes seguirán disfrutando del servicio médico en el Plan BANSEFI Principal durante las siguientes ocho semanas a la fecha del deceso, término al cabo del cual se extinguirá la obligación a cargo del Banco para seguirlo proporcionando conforme al artículo 38 de las CGT.

CAPÍTULO IV DE LOS PLANES DE BENEFICIOS

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 19. Los **derechohabientes** deberán sujetarse a los procedimientos que el Banco establezca para proveer la atención médica, así como a las disposiciones y/o lineamientos que expida para regular el uso de los servicios de salud.

ARTÍCULO 20. Para el otorgamiento de los servicios de salud, el Banco contará con dos Planes de Beneficios, identificados respectivamente como **Plan BANSEFI Principal y Plan BANSEFI Directo**, los cuales podrán ser utilizados indistintamente por los derechohabientes.

ARTÍCULO 21. Para el **Plan BANSEFI Directo**, el Banco efectuará el reembolso de acuerdo a la tarifa autorizada y al procedimiento establecido en términos de este reglamento, a los titulares, respecto de los gastos efectuados por estos últimos y sus derechohabientes por los servicios de salud utilizados. No se efectuará el reembolso de gastos originados por tratamientos o medicamentos especializados a los trabajadores operativos y sus derechohabientes, si existió previamente la canalización de la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

ARTÍCULO 22. El Banco podrá modificar anualmente las tarifas autorizadas para el reembolso de los gastos realizados por los titulares y/o sus derechohabientes, establecidos con la red médica institucional con base en el incremento inflacionario que publique el INEGI al cierre del ejercicio inmediato anterior.

El Banco, mediante disposiciones de carácter general, podrá efectuar las modificaciones que considere necesarias, incluyendo a los montos y conceptos de servicios de salud sujetos a éstos, y como resultado a circunstancias de calidad, atención, permanencia y mejora de los planes de beneficios de salud.

PLAN BANSEFI PRINCIPAL

ARTÍCULO 23. El Plan BANSEFI Principal consiste en un sistema administrado de cuidados médicos mediante el cual, los derechohabientes en este plan eligen los médicos de primer contacto, servicios médicos complementarios y farmacias que conforman la red médica institucional de este plan, para que reciban adecuada atención de sus padecimientos y cuidado de su salud sin costo alguno para los derechohabientes.

ARTÍCULO 24. Los servicios de salud que se otorguen a través del plan BANSEFI principal serán cubiertos por el Banco por cuenta y orden de la o el **trabajador operativo** a favor de los prestadores de salud de la red médica institucional de este plan, a excepción de aquellos tratamientos o medicamentos especializados que requieran los trabajadores operativos y/o sus derechohabientes, los cuales serán canalizados al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

ARTÍCULO 25. Las consultas médicas serán otorgadas, en primera instancia, por los médicos que conforman la red médica de primer contacto, el médico que valore determinará si es necesario acudir con el médico especialista. La red médica institucional de primer contacto para atención a derechohabientes se integra por pediatría, medicina general, medicina familiar, geriatría y odontología.

Los derechohabientes 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 integral, así como las acciones de medicina preventiva que el Banco establezca, estas acciones podrán ser de promoción general de salud, detección oportuna de riesgos a la salud y seguimiento general.

Para el acceso a los servicios de salud complementarios el médico tratante de primer contacto deberá llenar los formatos aplicables y solicitar la autorización correspondiente a la Gerencia de Servicio Médico del Banco previo a su atención.

ARTÍCULO 26. Para el caso de los derechohabientes que necesiten acudir con psicólogos y psiquiatras, el médico tratante previa valoración, deberá solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico para el Especialista y se le otorgue el “pase especialista”, indicando el padecimiento, y el periodo del tratamiento.

ARTÍCULO 27. Para poder acudir con médicos de especialidad distinta a las mencionadas en el artículo anterior, se deberá contar con el pase especialista que los médicos de primer contacto de la red médica, conforme a los procedimientos establecidos por el Banco.

El médico especialista, después de la primera consulta, podrá citar nuevamente al derechohabiente hasta dos veces para el mismo padecimiento, en caso de requerir una cuarta consulta o más, la Gerencia de Servicio Médico deberá de solicitar al médico tratante un informe del padecimiento, en el que indique el nombre del derechohabiente, el padecimiento que presenta y el motivo por el cual deberá continuar en seguimiento.

Asimismo, en caso de padecimientos crónicos, se deberá solicitar a la Gerencia de Servicio Médico al paciente jubilado, pensionado o su derechohabiente un pase, con vigencia de seis meses, en el que se indique el nombre del derechohabiente, padecimiento que presenta, el tratamiento prescrito y el tiempo estimado, y con ello evitar las consultas con el médico de primer contacto. y de especialidad. En aquellos padecimientos crónicos de los trabajadores operativos y sus derechohabientes, se canalizará al paciente al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

Cuando el derechohabiente no cuente con el pase respectivo y acuda con médicos de especialidad distintos a los mencionados en el artículo anterior, podrá ser acreedor a una sanción de acuerdo al artículo 121 de las CGT.

ARTÍCULO 28. El acceso a los servicios de salud complementarios como son centros hospitalarios, laboratorios, gabinetes, casas de ortopedia y ópticas, entre otros incluidos en la red médica institucional, requerirán prescripciones respectivas de los médicos tratantes de la red médica institucional. Asimismo, los estudios de laboratorio y/o gabinete que sean solicitados en la consulta médica deberán realizarse únicamente en los laboratorios y gabinetes incluidos en la red médica, salvo en los casos de que se trate de una urgencia debidamente justificada ante la Gerencia de Servicio Médico.

Para tener acceso a los servicios mencionados en el párrafo anterior, se deberán presentar el pase correspondiente acompañado de la credencial de servicio que lo acredite como derechohabiente.

ARTÍCULO 29. Los medicamentos prescritos por los médicos de la red médica del Plan BANSEFI Principal, deberán ser surtidos exclusivamente en la cadena de farmacias que se listan en el directorio de proveedores a excepción de los medicamentos especializados prescritos al trabajador operativo y/o su derechohabiente, los cuales deberán ser surtidos a través del Instituto de Seguridad Correspondiente.

Para poder surtir los medicamentos en las farmacias de la red médica institucional, deberán presentar la "receta médica" y los elementos de identificación a los diversos prestadores para ser atendidos.

Cuando el médico tratante recete al derechohabiente medicamentos que se encuentren incluidos en el artículo 98, apartado III, del presente Reglamento, aún y cuando se encuentren amparados con una receta médica, estos no serán surtidos por la cadena farmacéutica incluida en la red médica.

ARTÍCULO 30. El Banco realizará el reembolso a los titulares de los gastos en que hubieren incurrido él y sus derechohabientes por el uso de los servicios de salud, cuando no exista un servicio en la red médica, conforme a los montos y tarifas autorizadas por el Banco, siempre y cuando el titular presente la documentación soporte, así como el "formato de solicitud de reembolso de servicios médicos" otorgado por la Gerencia de Servicio

Médico, con previa autorización del Banco de los gastos en que hubieren incurrido él y sus derechohabientes por el uso de los servicios de salud.

En caso de urgencia, el titular deberá solicitar el reembolso siempre y cuando se demuestre tal situación ante la Gerencia de Servicio Médico.

En ningún caso se realizará el reembolso al trabajador operativo y/o sus derechohabientes que hayan sido canalizados previamente por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente por necesitar un medicamento o tratamiento especializado.

PLAN BANSEFI DIRECTO

ARTÍCULO 31. El plan BANSEFI directo es una alternativa al plan BANSEFI principal, donde cada titular, jubilado y pensionado podrán elegir libremente, médicos de primer contacto, médicos especialistas, hospitales, laboratorios, gabinetes, farmacias y otros servicios complementarios que no formen parte de la red médica institucional para la atención de derechohabientes del Banco del plan BANSEFI principal. Los médicos deberán contar con cédula profesional como médico alópata.

En ningún caso se realizará el reembolso al trabajador operativo y/o sus derechohabientes que hayan sido canalizados previamente por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente por necesitar un medicamento o tratamiento especializado.

ARTÍCULO 32. Para aquellos servicios utilizados por los titulares, jubilados y pensionados o sus derechohabientes fuera de la red médica, la Gerencia de Servicio Médico recibirá el "formato de solicitud de reembolso" del derechohabiente cuando presente comprobantes originales de los gastos efectuados, de acuerdo con las tarifas con descuento pactadas por el Banco con sus proveedores incluidos en la red médica vigentes, ya sea por consultas de primer contacto, segundo y tercer nivel, honorarios médicos, honorarios por procedimientos quirúrgicos, estudio de laboratorio y gabinete, adquisición de medicamentos y demás servicios médicos complementarios autorizados, a excepción de los medicamentos o tratamientos especializados prescritos al trabajador operativo y/o sus derechohabientes y que hayan sido previamente canalizados por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

Una vez recibidos y aprobados los reembolsos, se remitirán por parte de la Dirección de Recursos Humanos a la Dirección de Presupuesto para el pago correspondiente.

ARTÍCULO 33. Las consultas médicas de especialidad serán otorgadas por cualesquiera de los médicos y demás profesionales relacionados con la salud que elijan los derechohabientes, el médico tratante deberá señalar en carta membretada el diagnóstico y las razones para las cuales se requiere el servicio médico y posteriormente el titular del derechohabiente deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar la autorización para consulta con la finalidad de que sea valorado por el especialista.

El médico especialista, después de la primera consulta, podrá citar nuevamente al derechohabiente hasta dos veces para el mismo padecimiento, en caso de requerir una cuarta consulta o más, el médico especialista

deberá señalar en carta membretada su diagnóstico y las razones para las cuales se requiere seguir recibiendo el servicio médico de especialidad y posteriormente el titular del derechohabiente deberá acudir nuevamente a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar autorización de dicho procedimiento.

Asimismo, en caso de padecimientos crónicos, el médico especialista deberá solicitar autorización por escrito al Banco a través de la Gerencia de Servicio Médico, para que se le otorgue un pase con vigencia de seis meses, en el cual indique el nombre del derechohabiente, padecimiento que presenta, fechas probables de las consultas, tiempo estimado del tratamiento, y con ello evitar las consultas con el médico de primer contacto, a excepción de aquellos padecimientos del trabajador operativo y/o sus derechohabientes los cuales deberán ser canalizados por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente, previo informe del médico especialista tratante.

ARTÍCULO 34. El acceso a los servicios de salud complementarios, como son: procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones programadas, procedimientos en consultorio, medicamentos especializados, estudios de laboratorio y gabinete, así como otros servicios médicos complementarios autorizados como oxígeno, ambulancia, enfermera; auxiliares auditivos; prótesis, terapias de rehabilitación física, psicológica, neurodesarrollo y lenguaje, lentes y/o aparatos ortopédicos entre otros, se requerirá que el médico tratante señale en carta membretada el diagnóstico y las razones por las cuales requiere el servicios médicos y posteriormente el titular del derechohabiente, deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar la autorización de dicho procedimiento.

Para el reembolso de medicamentos adquiridos fuera de la red médica institucional, BANSEFI sólo cubrirá el precio por medicamento conforme al tabulador de precios vigente al momento de la solicitud, menos el descuento pactado con la farmacia de la red médica institucional. Cuando el médico tratante recete medicamento de patente y la Gerencia de Servicio Médico detecte que existe medicamento genérico para tratar ese padecimiento, cubrirá hasta el valor del medicamento genérico; y sólo se cubrirá el precio de medicamentos de patente menos el descuento pactado con el proveedor, cuando ésta no haya sido liberada. En ningún caso se realizará el reembolso al trabajador operativo y/o sus derechohabientes que hayan sido canalizados previamente por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente por necesitar un medicamento o tratamiento especializado.

CAPÍTULO V DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIO

ARTÍCULO 35. La Gerencia de Servicio Médico prestará orientación a las y los derechohabientes que así lo requieran sobre aspectos administrativos y operativos, como referencia con proveedores médicos, cambios de médicos de primer contacto, especialidades y subespecialidades, acceso a los servicios de salud complementarios (hospitales, laboratorios, gabinetes, ortopedia y ópticas), aclaraciones, recepción de incapacidades y trámites, así como solicitud de autorizaciones, entre otros.

Las y los derechohabientes deberán sujetarse a una valoración de segunda opinión médica en los casos que la Gerencia de Servicio Médico así lo estime necesario, en protección de la salud del propio derechohabiente, la cual será coordinada por dicha la Gerencia.

CAPÍTULO VI

DE LAS CONSULTAS CON MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO, ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS

ARTÍCULO 36. El Banco proporcionará los servicios de consulta con médicos de primer contacto, especialistas y subespecialistas, a través de los prestadores de servicios de salud, ajustándose a los procedimientos descritos en este Reglamento y, en su caso, a los instructivos que el Banco emita.

El servicio de consulta por médicos de primer contacto, especialistas y subespecialistas considera:

- I. Para los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal, éste será sin costo alguno por cada consulta otorgada y autorizada en su caso, de acuerdo a lo establecidos en el presente Reglamento.
- II. Para los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI directo, el servicio de consultas con médicos de primer contacto, especialistas y subespecialistas, considera el pago directo de este servicio por parte de los derechohabientes del Banco, y un reembolso subsecuente de conformidad con lo establecido en el presente Reglamento y Tabuladores correspondientes. Por lo consiguiente el derechohabiente podrá elegir los médicos, y el reembolso estará sujeto a la valoración de la Gerencia de Servicio Médico, a excepción de los medicamentos o tratamientos especializados prescritos al trabajador operativo y/o sus derechohabientes y que hayan sido previamente canalizados por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

Médico de Primer Contacto será de acuerdo a:

- I. Para derechohabientes menores de catorce años de edad: médico pediatra, médico general, familiar y odontólogo.
- II. Para derechohabientes de entre quince y menos de dieciocho años de edad: médico general, familiar, médico pediatra y odontólogo.
- III. Para derechohabientes mayores de dieciocho años: médico general, familiar y odontólogo.
- IV. Para derechohabientes mayores de cincuenta años: médico general, familiar o médico geriatra, odontólogo.

ARTÍCULO 37. Cuando las y **los derechohabientes del Plan BANSEFI Principal** requieran de atención médica, deberán acudir en primera instancia con el personal médico de primer contacto para que reciban el tratamiento necesario y atención médica en todo momento, no sólo en caso de enfermedad, sino en la aplicación de los programas de medicina preventiva, educación para la salud y control de enfermedades crónico degenerativas.

Lo anterior, no obstante que en caso de urgencia se acuda a las áreas de urgencia hospitalaria en los términos referidos en los artículos 56 y 57 de este reglamento.

Las y los derechohabientes deberán presentarse a su cita en la fecha y hora señalada para la consulta médica, presentando la credencial vigente para poder recibir la atención médica; si el paciente no pudiera asistir a la consulta previamente programada, deberá cancelarla con veinticuatro (24) horas de anticipación directamente con el médico tratante.

ARTÍCULO 38. Para la consulta médica con los médicos especialistas y de subespecialidad, los médicos de primer contacto deberán llenar el formato de "Pase Especialista", y solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico para referir al o los derechohabientes a consulta. Cuando el médico especialista o subespecialista requiera conforme a su análisis médico solicitar estudios de laboratorio y gabinete, prescripción de medicamentos limitados o controlados, hospitalización u otros servicios médicos complementarios deberán proceder conforme a lo establecido en los Capítulos VII y XIV del presente Reglamento.

El pase especialista que se otorgue, será suficiente para poder programar la atención con el personal médico especialista o subespecialista requerido. Dicho pase tendrá una vigencia de treinta (30) días naturales a partir de su fecha de expedición para la primer consulta y podrá ser utilizado hasta por tres consultas teniendo una vigencia de hasta seis meses para la segunda y tercera consulta; en los casos de pacientes jubilados y/o pensionados o sus derechohabientes con padecimientos crónicos se deberá solicitar a la Gerencia de Servicio Médico un pase con vigencia de seis meses en el que indique el nombre del derechohabiente, padecimiento que presenta, el tratamiento prescrito y el tiempo estimado y con ello evitar las consultas con médicos de primer contacto y de especialidad. En los casos de padecimientos crónicos de trabajadores operativos y sus derechohabientes, serán canalizados por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente, previo informe médico del tratante.

CAPÍTULO VII DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

ARTÍCULO 39. Para los estudios de laboratorio y/o gabinete se requerirá que éstos sean prescritos por el médico tratante, de acuerdo a la especialidad del médico de primer contacto, médico especialista o subespecialista.

ARTÍCULO 40. De acuerdo con el plan BANSEFI principal el médico tratante deberá llenar el formato de "Solicitud de elaboración de estudios de laboratorio y gabinete" y solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico.

En el plan BANSEFI directo el médico tratante deberá entregar por escrito en carta membretada el diagnóstico y las razones por las cuales requiere el servicio, y posteriormente el titular del derechohabiente deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar autorización de dicho procedimiento previo a la realización de

los estudios, el derechohabiente podrá acudir al laboratorio o gabinete de su elección, incluso aquel que no se encuentre dentro de la red médica institucional para que le realicen los estudios.

Las y los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal deberán realizarse los estudios en comento únicamente en los laboratorios y gabinetes incluidos en la red médica institucional. Cuando el estudio o laboratorio indicado por el médico tratante no lo realice alguno de los laboratorios o gabinetes dados de alta en la red médica, los derechohabientes lo deberán notificar a la Gerencia de Servicio Médico, para que ésta gestione algún laboratorio o gabinete que si realice dicho estudio. Cuando el derechohabiente decida realizarse el estudio o laboratorio con otro proveedor que no esté incluido en la red médica institucional, sin esperar a que la Gerencia de Servicio Médico gestione un nuevo proveedor que si realice dichos estudios o laboratorios, el Banco sólo reembolsará la tarifa con descuento que convenga con el nuevo proveedor de dicho servicio, para lo cual deberá presentar la solicitud de elaboración de estudios de laboratorio y gabinete autorizada por la Gerencia de Servicio Médico, factura pagada por los estudios realizados expedida a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente.

Para los derechohabientes del plan BANSEFI directo, en el caso de que elijan un laboratorio y/o gabinete que no se encuentre dentro de la red médica institucional deberán pagar directamente el costo total de los servicios médicos recibidos, posteriormente, solicitarán al Banco el reembolso respectivo, de acuerdo con los montos y tarifas con descuento pactadas por el Banco y los laboratorios y gabinetes de la red médica institucional, debiendo anexar el “Formato de solicitud de reembolso de servicios médicos”, a su comprobación de gastos, carta de elaboración de estudios de laboratorio y gabinete, la factura o facturas correspondientes expedidas a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente. En el caso que elijan un laboratorio y/o gabinete incluido en la red médica, estos servicios serán cubiertos por el Banco por cuenta y orden de la o el trabajador operativo a favor de los prestadores de salud.

CAPÍTULO VIII DE LA HOSPITALIZACIÓN

ARTÍCULO 41. El servicio de hospitalización se establece para los casos en que la naturaleza del padecimiento o del tratamiento a que deban sujetarse las y los derechohabientes, exija su internación o tratamiento ambulatorio en centros hospitalarios.

El Banco otorgará atención médico-quirúrgica hospitalaria a las y los derechohabientes del plan BANSEFI principal, a través de los hospitales de la red médica institucional, a las disposiciones generales que para tal efecto se establezcan en este reglamento.

ARTÍCULO 42. En los casos a que se refiere el artículo inmediato anterior, para las y los derechohabientes del plan BANSEFI principal, el médico tratante es quien deberá llenar el “Formato de autorización de hospitalización, cirugía y obstetricia” y solicitar a la Gerencia de Servicio Médico la autorización para la realización del procedimiento médico. En el plan BANSEFI directo, el médico tratante deberá señalar en carta membretada el diagnóstico y las razones para las cuales se requiere la cirugía, y posteriormente el titular del

derechohabiente deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar la autorización de dicho procedimiento, debiendo además anexar a la carta los estudios clínicos que avalen la correspondiente cirugía.

ARTÍCULO 43. Para la hospitalización de la o el derechohabiente, se requerirá el consentimiento expreso de éste. Si la o el derechohabiente no se encuentra en aptitud de hacerlo, el consentimiento deberá ser otorgado por su cónyuge o por su concubina(o) y, a falta de éste(a) por algún familiar o por quien legalmente lo represente.

Tratándose de menores de edad o discapacitados mentales, el personal médico tratante no podrá ordenar la hospitalización sin el consentimiento de los padres o de quien legalmente los represente.

En caso 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 sin perjuicio para el Banco.

ARTÍCULO 44. Para los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal, los servicios de hospitalización se proporcionarán a través de los centros hospitalarios incluidos en la red médica institucional y estos servicios serán cubiertos en su totalidad por el Banco a favor de los prestadores de servicios de salud.

ARTÍCULO 45. El Banco no tendrá ninguna obligación a su cargo cuando las y los derechohabientes por decisión propia y sin causa médica justificada a criterio del Banco, se internen en un centro hospitalario.

ARTÍCULO 46. El médico tratante, podrá indicar la hospitalización de la o el derechohabiente, en cualquiera de los siguientes casos:

- I. Cuando la enfermedad requiera atención o asistencia que no pueda ser proporcionada en los servicios extra-hospitalarios 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; y
- III. Cuando el estado de la o el 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 47. El tiempo de duración de la hospitalización de la o el derechohabiente deberá limitarse a lo estrictamente necesario para resolver las condiciones clínicas que la motivaron o las complicaciones que se hubieren generado.

ARTÍCULO 48. Para los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal o BANSEFI directo, cuando hagan uso de los centros hospitalarios de la red médica institucional, el Banco pagará el costo del cuarto privado estándar con baño, en caso de requerirse y por indicación del médico tratante se cubrirá cama adicional para un acompañante, por lo que aquellos derechohabientes que elijan un cuarto de mayor costo deberán cubrirán la diferencia que corresponda.

La atención hospitalaria deberá cubrir, en caso de que se requiera de acuerdo con el padecimiento:

- I. Hospitalización sin cirugía;
 - a) Atención médica.
 - b) Servicios de enfermería.
 - c) Medicamentos y material de curación.
 - d) Apoyos de diagnóstico dentro del hospital.

- II. Cirugía ambulatoria que no requiera hospitalización mayor a doce (12) horas;
 - a. Atención médico quirúrgica.
 - b. Quirófano, anestesiólogo.
 - c. Sala de recuperación.

 - d. Servicio de enfermería.
 - e. Estudios de gabinete y laboratorio dentro del hospital.
 - f. Medicamentos y material de curación.
 - g. Estancia en cubículo estándar.

- III. Cirugía que requiera hospitalización mayor a doce (12) horas y urgencias;
 - a. Atención médico quirúrgica.
 - b. Servicio de quirófano.
 - c. Anestesiólogo.
 - d. Sala de terapia intensiva, intermedia y de recuperación.
 - e. Servicio de enfermería.

 - f. Estudios de gabinete y laboratorio dentro del hospital.
 - g. Medicamentos y material de curación.
 - h. Cuarto estándar con baño.
 - i. Todos los servicios médicos necesarios que requiera el paciente.

Los gastos no cubiertos por el Banco, mismos que serán pagados por el derechohabiente son:

- a. Diferencia de tipo de cuarto de hospital autorizado por el presente reglamento.
- b. Gastos mencionados en el Capítulo XXIV de las limitaciones y exclusiones de este reglamento.
- c. Gastos personales o de acompañantes como alimentos extras, llamadas telefónicas, arreglos florales, estacionamientos, circuncisión profiláctica o perforación de lóbulos de orejas en recién nacidos y cualquier tipo de desechable.
- d. Kits de bienvenida.
- e. Banco de sangre y de células.

ARTÍCULO 49. Cuando el derechohabiente sea dado de alta del hospital, deberá validar que los medicamentos prescritos para su atención que no fueron utilizados le sean entregados, para lo cual deberá revisar el estado de cuenta que incluye el detalle de los medicamentos utilizados durante su estancia. Una vez que sean recibidos deberá firmar la factura.

ARTÍCULO 50. En el caso de que los derechohabientes elijan un centro hospitalario que no se encuentre dentro de la red médica institucional deberán pagar directamente el costo total de los servicios hospitalarios recibidos al momento de ser dados de alta del centro hospitalario. Posteriormente, solicitarán al Banco el reembolso respectivo, de acuerdo con la tarifas pactadas y de conformidad con el procedimiento establecido en este Reglamento; debiendo anexar a su comprobación de gastos el “Formato de solicitud de reembolso de gastos médicos”, las facturas originales, los recibos de honorarios, 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, la factura debe ser expedida a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente.

En el caso que elijan un centro hospitalario incluido en la red médica, estos servicios serán cubiertos por el Banco a favor de los prestadores de salud.

En ningún caso se autorizarán intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, salvo las reconstructivas que se requieran como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional, ni aquéllas que se encuentren en etapa de experimentación.

ARTÍCULO 51. Los derechohabientes podrán solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico, 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. No obstante lo anterior, el procedimiento a realizarse en dichos hospitales deberá previo a su realización, ser autorizado por la Gerencia de Servicio Médico, por el cual se deberá llenar el “Formato de autorización de hospitalización, cirugía y obstetricia”, por lo que de otorgarse la autorización, los derechohabientes deberán realizar el pago en forma directa y solicitar reembolso de las erogaciones que se generen, conforme a las tarifas y montos autorizados por el Banco conforme a lo indicado en este Reglamento. En ningún caso se realizará el reembolso al trabajador operativo y/o sus derechohabientes que hayan sido canalizados previamente por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente por necesitar un medicamento o tratamiento especializado.

ARTÍCULO 52. Cuando para el diagnóstico o la atención de los padecimientos del derechohabiente del Plan BANSEFI Principal se requieran de elementos profesionales, equipo o instalaciones cuyos prestadores no estén incluidos la red médica, el derechohabiente deberá solicitar a la Gerencia de Servicio Médico su incorporación y las causas por las que requiere este servicio a fin de que la Gerencia de Servicio Médico realice la evaluación correspondiente y en su caso, se determine la inclusión en la red médica o bien, la canalización del derechohabiente al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

CAPÍTULO IX DE LA MEDICINA PREVENTIVA

ARTÍCULO 53. El Banco podrá realizar programas de medicina preventiva, educación para la salud y control de enfermedades crónico degenerativo entre sus derechohabientes con el objeto de reducir la frecuencia y la gravedad de las enfermedades profesionales, no profesionales, de los accidentes, las trasmisibles o contagiosas, así como tomar o sugerir medidas tendientes a evitar su propagación.

Con base en el estado de salud de cada uno de las y los derechohabientes, el personal médico de primer contacto indicará el programa en el que se deberá participar.

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

Los programas preventivos para las y los derechohabientes del Banco, podrán considerar:

a. Programa de atención al niño:

- Inmunizaciones de acuerdo a la cartilla nacional de vacunación.
- Crecimiento y desarrollo.
- Alimentación.
- Prevención de accidentes.

b. Programa de atención a la mujer:

- Planificación familiar.
- Control prenatal.
- Detección oportuna de cáncer mamario (mastografía anual).
- Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino (papanicolau anual).
- Control y manejo de la menopausia.
- Manejo de osteoporosis.
- Detección oportuna de diabetes mellitus (examen de hemoglobina glicosilada anual).

- Detección oportuna de riesgos coronarios (perfil de lípidos y electrocardiograma anual).
- Detección oportuna de hipertensión arterial.

c. Programa de atención al hombre:

- Detección oportuna de riesgos coronarios (perfil de lípidos y electrocardiograma anual).
- Detección oportuna de hipertensión arterial.
- Detección oportuna de diabetes mellitus (examen de hemoglobina glicosilada anual).
- Manejo de osteoporosis.
- Detección oportuna de cáncer de próstata a partir de los cuarenta (40) años (exploración médica y antígeno prostático anual).

d. Programa de atención al adulto mayor:

- Detección oportuna de riesgos coronarios (perfil de lípidos y electrocardiograma anual).
- Detección oportuna de hipertensión arterial.
- Detección oportuna de diabetes mellitus (examen de hemoglobina glicosilada anualmente).
- Detección oportuna de cáncer de próstata (exploración médica y antígeno prostático anual).
- Manejo de osteoporosis.

Además, se podrá llevar a cabo un programa de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de pláticas, conferencia y documentos a las y los derechohabientes con acciones en materia de:

- Nutrición.
- Orientación e información sexual.
- Salud reproductiva.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Enfermedades de transmisión sexual.

- Salud dental.
- Trastornos psicosomáticos.

ARTÍCULO 54. El Banco podrá realizar exámenes médicos de carácter integral a los titulares, jubilados, pensionados y sus derechohabientes con la periodicidad que ésta determine.

El médico de primer contacto es responsable de promover durante la consulta médica los hábitos higiénico-dietéticos necesarios para conservar la salud, incluyendo en ellos hábitos alimenticios, de higiene de los alimentos, de actividad física y de la prevención de enfermedades en general.

Sus principales funciones son:

- A. Detección oportuna de;
 - a) Enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, entre otras.
 - b) Obesidad.
 - c) Cáncer cérvico-uterino.
 - d) Cáncer mamario femenino.
 - e) Cáncer prostático.
- B. Atención curativa;
- C. Control del niño sano;
- D. Manejo de expediente clínico;
- E. Seguimiento integral de la salud;
- F. Otorgamiento de incapacidades hasta por tres (3) días.

ARTÍCULO 55. Adicionalmente el Banco proporcionará servicios de medicina preventiva conforme a las características de la población, tendientes a preservar y mantener la salud de las y los trabajadores operativos, pensionadas(os) y/o jubiladas(os) y sus derechohabientes, en coordinación con las campañas nacionales, y conforme a programas de carácter general.

CAPÍTULO X DE LAS URGENCIAS

ARTÍCULO 56. Se entenderá por urgencia médica todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención médica inmediata, de acuerdo con la NOM-027-SSA3-2013, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2013.

ARTÍCULO 57. Las y los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal y que tengan una urgencia real o grave podrán acudir al área de urgencias de los hospitales de la red médica institucional.

Al acudir las y los derechohabientes al área de urgencias de algún hospital de la red médica institucional, deberán mostrar la credencial de servicio para que les sea proporcionada la atención médica correspondiente. El ingreso a urgencias deberá reportarse a la Gerencia de Servicio Médico, para coordinación y seguimiento del caso dentro de las veinticuatro horas siguientes.

Cuando las o los derechohabiente no presenten la credencial a que hace referencia el párrafo anterior tendrán veinticuatro horas para acreditarse ante el hospital de la red médica.

Cuando las y los derechohabientes del plan BANSEFI principal sean atendidos por una urgencia médica con prestadores de servicios no incluidos en la red médica institucional, el derechohabiente por sí o a través de terceros, deberá informarlo a la brevedad posible al Banco, a fin de que a juicio del médico tratante el derechohabiente ya se encuentre en condiciones para trasladarse a un centro hospitalario incluido en la red médica institucional previo cumplimiento de los requisitos médicos y legales que correspondan.

Los gastos erogados por el derechohabiente con motivo de los servicios de salud previstos en el párrafo inmediato anterior, podrán ser sujetos de reembolso en su totalidad por el Banco, siempre que dicha urgencia sea calificada como real o grave por la Gerencia de Servicio Médico con base en la información emitida por el médico tratante.

En caso de que a las y los derechohabientes utilicen el plan BANSEFI directo, el reembolso correspondiente se realizará considerando hasta la tarifa máxima con descuento que el Banco tenga autorizada para tal efecto, siempre que dicha urgencia sea calificada como tal por la Gerencia de Servicio Médico con base en la información emitida por el médico tratante.

ARTÍCULO 58. Las recetas médicas que sean expedidas en el servicio de urgencias de los hospitales de la red médica, deberán canjearse en las farmacias de la red médica, a excepción de los medicamentos especializados prescritos a trabajadores operativos y/o sus derechohabientes, los cuales serán canalizados al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

ARTÍCULO 59. Cuando las y los trabajadores operativos se encuentren comisionados y se presente una urgencia en el lugar de la comisión tendrán derecho a que se les efectúe el reembolso por los gastos médicos en que incurran mediante el pago de viáticos. Para ello, las y los trabajadores operativos deberán proporcionar la información y documentación necesaria a la Gerencia de Pagos y Conciliaciones.

ARTÍCULO 60. En caso de ser necesario, la Gerencia de Servicio Médico podrá autorizar traslados por ambulancia terrestre y/ o de terapia intensiva de acuerdo con la indicación médica.

En los casos de urgencia real o sentida, no será necesaria autorización por parte de la Gerencia de Servicio Médico, sin embargo, deberá de ser notificado el servicio a dicha Gerencia dentro de las veinticuatro horas posteriores.

ARTÍCULO 61. Superada la urgencia, la o el derechohabiente del plan BANSEFI principal deberá acudir con el personal médico de la red médica institucional, para proseguir con su atención, o en el caso de los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI directo, deberán apearse a lo establecido en el artículo 57 de este Reglamento.

CAPÍTULO XI DE LAS INCAPACIDADES

ARTÍCULO 62. Para las y los trabajadores operativos del plan BANSEFI principal, el personal médico de la red médica institucional son los únicos facultados para extender incapacidades de acuerdo a las características del padecimiento de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de las CGT.

La incapacidad para el trabajo y el número de días sólo podrá ser determinada por los médicos de primer contacto o por los médicos especialistas y subespecialistas de la red médica en el “Formato de incapacidad”, de acuerdo al padecimiento que determine el médico tratante. En cualquier caso, la Gerencia de Servicio Médico podrá validar la pertinencia y duración de la incapacidad.

El médico de primer contacto podrá otorgar incapacidad máxima de uno a tres días naturales y en ningún caso en forma retroactiva, con excepción de los casos en que, por la historia natural de la enfermedad, materia de su conocimiento, justifique periodos mayores de tiempo y no sea estrictamente necesaria la validación del médico especialista, citando como ejemplo enfermedades como la viruela, sarampión, hepatitis viral aguda, entre otras.

En caso de requerir alguna incapacidad retroactiva, el médico tratante deberá solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico, presentando un informe médico que justifique dicha expedición.

Salvo la excepción referida en el párrafo anterior, las incapacidades de más de tres días naturales, deberán ser en todos los casos, expedidas por el médico especialista o subespecialista y por periodos no mayores a quince días naturales, con excepción de los casos que por la naturaleza del padecimiento y/o tratamiento requieran periodos mayores, citando como ejemplo tratamientos de quimioterapia, radioterapia en cáncer, estancias hospitalarias prolongadas, etc.

En los casos de tratamientos especializados, la incapacidad del trabajador operativo y/o su derechohabiente deberá ser prescrita por el médico del Instituto de Seguridad Social correspondiente.

Las incapacidades requeridas, mayores a quince días naturales, sólo podrán ser otorgadas previa aprobación y autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

Si derivado de una atención de urgencia en un hospital, la o el trabajador operativo no amerita ser internado, la incapacidad se podrá expedir a criterio del médico tratante, por un periodo no mayor a tres días. Sin embargo, tendrá que acudir con su médico de primer contacto o general para que esta incapacidad le sea extendida por su médico, no por el área de urgencias.

En casos de fuerza mayor o casos especiales, la incapacidad podrá ser expedida por la Gerencia de Servicio Médico previa evaluación del caso y con la información proporcionada por el médico tratante.

ARTÍCULO 63. En el caso de las y los trabajadores operativos que utilicen el plan BANSEFI directo, y se sometan a tratamientos con médicos fuera de la red médica, la incapacidad podrá otorgarse siempre que la/el trabajador operativo o cualquier tercero dé aviso de la enfermedad de manera fehaciente al iniciarse la jornada de trabajo del día, al área en que se encuentre adscrito. Dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico a intercambiar la incapacidad que emitió el médico tratante por el “Formato de incapacidad”, establecido por el Banco y entregar a la Gerencia de Remuneraciones y Nómina, dicha incapacidad dentro de las setenta y dos horas hábiles siguientes al inicio de la enfermedad o del vencimiento de la incapacidad inmediata anterior, en original con todas sus copias, sin tachadura ni enmendaduras con la precisión de que las copias no serán válidas.

Si la incapacidad es mayor a tres días hábiles, deberá ser expedida por el médico especialista o subespecialista, registrando su nombre, cédula profesional y firma.

En casos de fuerza mayor o casos especiales, la incapacidad podrá ser expedida por la Gerencia de Servicio Médico previa evaluación del caso y con la información proporcionada por el médico tratante.

Es importante que la o el trabajador operativo o, en su caso, el tercero revise los datos asentados por su médico tratante en la incapacidad, al momento que esta les es entregada, ya que en caso de faltar alguna de la información que se detalla a continuación, la incapacidad no será recibida por parte de la Gerencia de Servicio Médico, la información deberá indicar lo siguiente:

- a. Nombre completo.
- b. Número del expediente.
- c. Área de adscripción.
- d. Número de días otorgados (número y letra).
- e. Fecha de inicio.
- f. Fecha de expedición.
- g. Especificación de si es inicial o subsecuente.
- h. Tipo de incapacidad, por:
 - i. Enfermedad general (E.G.).
 - ii. Accidente de trabajo (A.T.).
 - iii. Enfermedad profesional (E.P.).
 - iv. Maternidad prenatal (MAT.PRE).
 - v. Maternidad posnatal (MAT. POST).
- i. Indicación de requerimiento de hospitalización, diagnóstico por el cual se otorga.
- j. Nombre y firma del médico.

ARTÍCULO 64. Las y los trabajadores operativos que laboran fuera del corporativo están obligados a enviar de forma electrónica su incapacidad a las Gerencias de Remuneraciones y Nómina, y de Servicio Médico, en un plazo no mayor a tres días hábiles a partir de la fecha de su expedición y a reportar el evento a su jefe inmediato superior en un plazo no mayor a tres (3) horas considerando el horario de labores.

El no atender esta indicación implicará para la/el trabajador operativo, el descuento por faltas injustificadas e incluso el abandono del empleo por acumulación de faltas. Una vez que la/el trabajador operativo se haya incorporado de nuevo a sus labores, deberá remitir de inmediato el original de su incapacidad a las Gerencias de Remuneraciones y Nómina, y de Servicio Médico para su validación y archivo.

ARTÍCULO 65. Tratándose de incapacidad médica por maternidad, las trabajadoras operativas que vayan a dar a luz tendrán derecho de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de las CGT a lo siguiente.

- a) Incapacitarse treinta días antes probables a la fecha de parto esperada y sesenta (60) días posteriores a la fecha de ocurrido el parto.

Los treinta (30) días previos al alumbramiento y los sesenta (60) días posteriores al mismo deben computarse como días naturales.

No procede acumular al descanso post-natal los días que hubieren faltado del descanso pre-natal, en virtud de que ambos periodos de descanso están condicionados a la fecha del alumbramiento, la cual delimita el momento en que termina el periodo pre-natal y se inicia el post-natal.

- b) En caso de que el nacimiento ocurra antes de la fecha probable de parto, incluso antes de iniciada la incapacidad previa al mismo, dicha incapacidad deja de surtir efecto y dará inicio la cobertura de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de ocurrido el alumbramiento.
- c) Las trabajadoras operativas que cotizan al IMSS y su centro de trabajo se encuentra fuera de la Ciudad de México y área metropolitana, podrán optar ya sea por el esquema referido en los tres párrafos anteriores o por el que determina la Ley del IMSS en su artículo 101, consistente en cuarenta y dos (42) días naturales anteriores al parto y cuarenta y dos (42) días naturales posteriores al mismo. Las trabajadoras operativas que opten por este esquema deberán solicitarlo por escrito con al menos sesenta (60) días naturales a la fecha esperada del alumbramiento a la Dirección de Recursos Humanos con copia a su jefe inmediato, y por ningún motivo podrán cambiar ni antes ni después del nacimiento el descanso previsto en la fracción III inciso b) del artículo 38 de las CGT.
- d) En caso de que el nacimiento ocurra después de la fecha probable de parto, incluso concluida la incapacidad previa al mismo, la incapacidad previa deberá ser ampliada hasta la fecha de ocurrido el parto, fecha en la que dará inicio la cobertura de los sesenta (60) días posteriores.

Para los casos de trabajadoras operativas que se encuentren fuera de la zona de la Ciudad de México y área Metropolitana que cotizan al IMSS y la fecha fijada del parto por los médicos del IMSS no concuerde exactamente, el IMSS cubrirá a las trabajadoras operativas los subsidios

correspondientes por cuarenta y dos días posteriores al mismo, sin importar que el periodo anterior al parto se haya excedido. Los días en que se haya prolongado el periodo anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originadas por enfermedad. El subsidio se pagará por el IMSS por periodos vencidos que no excederán de una semana.

- e) El salario íntegro durante los dos periodos mencionados en párrafos anteriores, es decir, pre-natal y post-natal, a que se refiere a la fracción III inciso c) del artículo 38 de las CGT, será cubierto en su totalidad por el Banco a las trabajadoras operativas cuyo centro de trabajo se ubica en la Ciudad de México y área metropolitana, en tanto que para las trabajadoras operativas que cotizan al IMSS y su centro de trabajo se encuentra fuera de la Ciudad de México, será cubierto por el IMSS vía el pago de cuotas que el Banco realiza a ese Instituto y, en su caso, el complemento que integre el 100% de las percepciones a que tenga derecho la trabajadora operativa será cubierto por el Banco.

ARTÍCULO 66. Las trabajadoras operativas del plan BANSEFI directo para acreditar los días de descanso prenatal previsto en el artículo 38 de las CGT, deberá presentar en la Gerencia de Servicio Médico, el escrito en el que el médico tratante señale en carta membretada su diagnóstico y se manifieste la fecha probable de parto, la titular deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar autorización. Esta fecha servirá de base para el cómputo de los treinta días naturales del descanso prenatal, aunque no coincida con la fecha del parto.

Para acreditar los días de descanso postnatal, la trabajadora operativa por sí o a través de terceros, deberá entregar a la Gerencia de Remuneraciones y Nómina, con copia a la Gerencia de Servicio Médico, el original del acta de nacimiento del recién nacido.

ARTÍCULO 67. Sólo el ISSSTE o el IMSS estarán facultados para dictaminar de conformidad con su normatividad aplicable, respecto a los casos de incapacidad temporal, permanente parcial y permanente total que imposibiliten a la o el trabajador operativo el desempeño de sus funciones.

ARTÍCULO 68. En cualquiera de los dos planes de beneficios principal o directo, el o la trabajador operativo que no pueda concurrir al desempeño de sus labores por encontrarse enfermo, está obligado a dar aviso de manera fehaciente al iniciarse la jornada de trabajo del día, vía telefónica, su incapacidad por enfermedad al área en que se encuentra adscrito. La falta de aviso y de la entrega de constancia de enfermedad expedida por los médicos de la red institucional o médico tratante, motivará que la inasistencia de la o el trabajador operativo se considere injustificada de conformidad con el artículo 69 párrafo quinto de las CGT.

Si la incapacidad es superior a tres días, la o el trabajador operativo además de lo señalado en el párrafo anterior, deberá informar la duración de la misma a la Gerencia de Servicio Médico, de conformidad con el artículo 38 fracción I inciso b) de las CGT.

El "Formato de incapacidad" deberá estar debidamente requisitado y ser entregado al área de recursos humanos dentro de las setenta y dos horas hábiles siguiente al inicio de la enfermedad o del vencimiento de la incapacidad inmediata anterior, en original con todas sus copias sin tachaduras ni enmendaduras con la precisión de que las copias no serán válidas.

ARTÍCULO 69. Para los casos de madres o padres trabajadores asegurados, cuyos hijos de hasta dieciséis años hayan sido diagnosticados por el Instituto con cáncer de cualquier tipo, podrán gozar de una licencia por cuidados médicos de los hijos para ausentarse de sus labores en caso de que el niño, niña o adolescente diagnosticado requiera descanso médico en los periodos críticos de tratamiento o de hospitalización durante el tratamiento médico, de acuerdo a la prescripción del médico tratante, incluyendo, en su caso, el tratamiento destinado al alivio del dolor y los cuidados paliativos por cáncer avanzado.

El Instituto podrá expedir a alguno de los padres trabajadores asegurados, que se sitúe en el supuesto previsto en el párrafo que antecede, una constancia que acredite el padecimiento oncológico y la duración del tratamiento respectivo, a fin de que el patrón o patronos de estos tengan conocimiento de la licencia.

La licencia expedida por el Instituto al padre o la madre trabajador asegurado, tendrá una vigencia de uno y hasta veintiocho días. Podrán ser expedidas tantas licencias como sean necesarias durante un periodo máximo de tres años sin que se excedan trescientos sesenta y cuatro días de licencia, mismos que no necesariamente deberán ser continuos.

Los padres o madres trabajadores asegurados ubicados en el supuesto establecido en los párrafos que anteceden y que hayan cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha de diagnóstico por los servicios médicos institucionales, y en caso de no cumplir con este periodo, tener al menos registradas cincuenta y dos semanas de cotización inmediatas previas al inicio de la licencia, gozaran de un subsidio equivalente al sesenta por ciento de último salario diario de cotización registrado por el patrón.

La licencia a que se refiere el presente artículo, únicamente podrá otorgarse a petición de parte, ya sea el padre o madre que tenga a su cargo el ejercicio de la patria potestad, la guarda y custodia del menor. En ningún caso podrá otorgar dicha licencia a ambos padres trabajadores del menor diagnosticado.

Las licencias otorgadas a padres o madres trabajadores previstas en el presente artículo, cesarán:

- I. Cuando el menor no requiera hospitalización o de reposo médico en los periodos críticos del tratamiento:
- II. Por ocurrir el fallecimiento del menor:
- III. Cuando el menor cumpla dieciséis años:
- IV. Cuando el ascendiente que goza de licencia, sea contratado por un nuevo patrón.

CAPÍTULO XII DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

ARTÍCULO 70. La consulta domiciliaria se proporcionará a los derechohabientes que estén imposibilitados para trasladarse a los servicios de consulta externa en los casos siguientes:

- I. Cuando estén crónicamente enfermos y estén imposibilitados física o psíquicamente para acudir a los servicios de consulta externa,
- II. Cuando se trate de padecimientos agudos que por las características del cuadro se vean limitados para acudir a los servicios de consulta externa, y
- III. A las y los trabajadores operativos que se presenten enfermos a laborar en sucursales unipersonales se atenderán en la Sucursal de acuerdo a la zona autorizada.

En todo caso cuando se solicite consulta a domicilio el derechohabiente deberá ser valorado vía telefónica por un profesional de la medicina para acceder o no a la consulta domiciliaría.

ARTÍCULO 71. La atención domiciliaria a la que se refiere el artículo anterior, la realizará un médico general o familiar, y deberá ser solicitada por los derechohabientes de lunes a viernes en horario de 9:00 a 12:30 horas a la Gerencia de Servicio Médico, al teléfono, (55)54813300 Extensiones 5901 y 4479, proporcionando los datos que a continuación se indican:

- a) Número de expediente.
- b) Nombre del paciente.
- c) Área de adscripción a la que pertenece.
- d) Domicilio particular actualizado, incluyendo:
 - Calles entre las que se encuentre el domicilio.
 - Colonia y alcaldía.
 - Teléfono propio, de un familiar o vecino.
- e) Motivo de consulta.

Sólo se brindará atención médica domiciliaria en la Ciudad de México y Zona Metropolitana.

Tratándose de atención domiciliaria para la o el trabajador operativo, el médico visitador que brinde la atención será el responsable de otorgar, en su caso, la incapacidad correspondiente, en los casos que así lo ameriten, así como la receta médica.

No se otorgará el servicio de atención médica pediátrica a domicilio, en todo caso deberá remitirse al médico de primer contacto o, en su caso, a consulta de urgencia.

La atención domiciliaria en sucursales unipersonales será otorgada únicamente a las y los trabajadores operativos que laboran en sucursales Ciudad de México y Zona Metropolitana, que les resulte imposible acudir con los médicos de la red médica institucional durante su jornada laboral, para lo cual deberán realizar el procedimiento establecido en el primer párrafo de este artículo.

ARTÍCULO 72. Las y los derechohabientes de ochenta años de edad o más, tendrán derecho a seis consultas a domicilio por año calendario, las cuales serán otorgadas preferentemente por un médico geriatra. Dichas consultas serán coordinadas por la Gerencia de Servicio Médico.

Las personas que residan con él deberán brindar al médico visitador designado por la Gerencia de Servicio Médico 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 XIII DEL CONSULTORIO MÉDICO DEL BANCO

ARTÍCULO 73. El Banco contará en sus instalaciones con un consultorio médico para la atención de las y los derechohabientes.

Los servicios proporcionados por el consultorio médico del Banco son:

- I. Consulta externa por médico de primer contacto (médico general y médico familiar);
- II. Consulta por problemas de salud que se presenten durante la jornada de trabajo;
- III. Atención de accidentes menores;
- V. Curaciones; y
- VI. Participación activa en los programas de medicina preventiva.

El horario de atención del consultorio será de 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes, pudiéndose ampliarse en ocasiones especiales a petición de la Gerencia de Servicio Médico.

La solicitud de los medicamentos y material de curación que conformen el botiquín de los consultorios, será elaborada por el propio médico del consultorio, bajo la supervisión y visto bueno del Gerente de Servicio Médico. En caso de contingencia de salud, se podrán solicitar medicamentos especiales como antibióticos, antivirales, entre otros, así como material de curación especial que el caso amerite. El surtido de la solicitud de medicamentos y material de curación deberá realizarse con proveedores de la red médica, a excepción de los requerimientos especiales en caso de contingencia y que los proveedores de la red médica no cuenten dentro de sus catálogos de productos, podrán ser adquiridos con terceros, previo estudio de mercado y autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

CAPÍTULO XIV DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

ARTÍCULO 74. Los medicamentos que se surtan o adquieran en farmacias deberán ser indicados por el médico tratante, además se podrá consultar en la Gerencia de Servicio Médico, el directorio de médicos, proveedores, y farmacias que forman parte de la red médica Institucional, así como su ubicación y las de horarios especiales.

ARTÍCULO 75. El Banco proporcionará exclusivamente medicamentos que contengan sustancias con un principio activo, que hayan demostrado una acción farmacológica definida y con fines terapéuticos, en apego a los criterios que para tal efecto indique la Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

La vigencia de las recetas médicas será de siete días naturales a partir de su fecha de expedición.

ARTÍCULO 76. Las y los trabajadores operativos y derechohabientes del plan BANSEFI principal surtirán los medicamentos, exclusivamente en las farmacias de la red médica Institucional.

Se deberá entregar el ejemplar original a las farmacias de la red médica y presentar la credencial del servicio que lo acredite como derechohabiente e identificación oficial, en los casos que así sea necesario.

En los casos en los que el número de unidades de un sólo medicamento sea mayor a tres o el monto total de las recetas médicas expedidas a un mismo paciente rebase la cantidad equivalente a \$650.00 (Seiscientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) recetadas por médicos de primer contacto y de \$2,500.00 (Dos mil quinientos pesos 100/00 M.N.) por médicos especialistas o subespecialistas, la farmacia deberá solicitar autorización para el surtido a la Gerencia de Servicio Médico. No obstante, la Gerencia de Servicio Médico podrá ajustar en cualquier momento dicho importe.

La prescripción de los medicamentos estará en apego al cuadro básico autorizado por la Gerencia de Servicio Médico, emitido para el tratamiento de enfermedades generales.

En los casos de tratamientos especializados que requiera el trabajador operativo y/o sus derechohabientes, el medicamento especializado será surtido a través del Instituto de Seguridad Social correspondiente.

ARTÍCULO 77. Los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI directo, podrán surtir los medicamentos prescritos por su médico en cualesquiera de las farmacias ubicadas en la Ciudad de México y Área Metropolitana, y deberán ser pagados directamente por los derechohabientes, quienes posteriormente solicitarán reembolso a la Gerencia de Servicio Médico, presentado el "Formato de reembolso de servicios médicos", anexando la receta médica expedida por su médico tratante y factura que ampare el pago de los medicamentos prescritos por el médico. La factura deberá expedirse a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente y sujetarse a los procedimientos establecidos en el artículo anterior sobre los importes de las recetas, a excepción de los medicamentos especializados prescritos

al trabajador operativo y/o sus derechohabientes y que hayan sido previamente canalizados por la Gerencia de Servicio Médico al Instituto de Seguridad Social correspondiente.

Para el reembolso de medicamentos, el Banco sólo cubrirá el precio por medicamento conforme al tabulador de precios vigente al momento de la solicitud, menos el descuento pactado con las farmacias de la red médica institucional. Cuando el médico tratante recete medicamento de patente y la Gerencia de Servicio Médico detecte que existe medicamento genérico para tratar el padecimiento, la Gerencia de Servicio Médico sólo autorizará el reembolso hasta por el valor del medicamento genérico; y sólo se realizarán reembolsos de medicamentos de patente adquiridos cuando la patente no haya sido liberada; dicho reembolso se realizará por el precio del medicamento de patente menos el descuento pactado con el proveedor.

El personal médico podrá prescribir los medicamentos de su especialidad únicamente en la dosis, presentación y cantidad necesarias para la resolución del padecimiento que aqueje a las o los derechohabientes. En caso de tratamiento de padecimientos crónicos, la Gerencia de Servicio Médico podrá reexpedir recetas sin mediar la visita al médico tratante previa solicitud por escrito de su médico tratante.

Para la prescripción de fármacos oncológicos, antivirales (infección por VIH), hormonas de sustitución y otros de difícil adquisición por su grado de especialización serán canalizados por la Gerencia de Servicio Médico previo informe del médico especialista tratante, al Instituto de Seguridad Social correspondiente para el otorgamiento del tratamiento y medicamento respectivo.

ARTÍCULO 78. No se cubrirán como medicamentos los productos de cuidado o higiene personal, ni artículos de consumo o uso personal tales como: alimentos, tiras reactivas, suplementos y/o complementos alimenticios o dietéticos, polivitamínicos, cosméticos, productos dermatológicos, medias elásticas, guantes, enjuagues bucales, shampoos, cremas corporales tipo lubricantes y/o hidratantes, productos oftalmológicos del tipo de lágrimas artificiales, merthiolate, pastas dentífricas, hilo dental, y todos aquellos que no reúnan las características definidas en el artículo 75 del presente Reglamento. Tampoco podrán prescribir material de curación como tela adhesiva, gasas, alcohol, jeringas, algodón y vendas, entre otros.

ARTÍCULO 79. En el artículo 101 del presente Reglamento se indican los medicamentos y/o productos que no podrán ser recetados por los médicos tratantes y surtidos por las farmacias dentro o fuera de la red médica.

CAPÍTULO XV DE LOS APARATOS ORTOPÉDICOS, PRÓTESIS, EQUIPO MÉDICO DE APOYO, ENTRE OTROS SERVICIOS MÉDICOS

ARTÍCULO 80. En caso de que las y los derechohabiente del Plan BANSEFI Principal requieran aparatos ortopédicos, prótesis y equipo médico de apoyo, el médico tratante deberá señalarlo en el diagnóstico, elaborar el "Formato de autorización de otros servicios médicos", para su valoración, y en su caso, autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

En el plan BANSEFI directo el médico tratante deberá indicar en carta membretada su diagnóstico y razones para el uso de los aparatos ortopédicos, prótesis y/o equipo médico de apoyo y el titular deberá solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico previo a su compra.

El uso del equipo puede ser temporal o permanente, en los casos siguientes:

- I. Las prótesis funcionales internas y externas se autorizarán a las y los titulares trabajadores operativos. En el caso de las prótesis externas se proporcionarán exclusivamente como consecuencia de una pérdida traumática y para la sustitución de la función; serán autorizadas siempre y cuando peligre la vida o afecte en forma importante la función de un órgano, en cuyo caso se requiere de la indicación del médico tratante, con los soportes médicos necesarios.
- II. Sólo a las y los titulares trabajadores operativos se autorizan las plantillas y soportes plantares, máximo un par por año calendario, previa prescripción del médico tratante. No se incluye la compra de cualquier tipo de zapato.
- III. Se autorizarán plantillas y virones a las y los derechohabientes en etapa de crecimiento hasta los catorce (14) años, con frecuencia máxima de cada seis (6) meses o por prescripción el médico tratante.
- IV. En el caso de la mujer, la prótesis de glándula mamaria sólo se autorizará en caso de reconstrucción posterior a una mastectomía total.
- V. Se autorizarán a las y los derechohabientes, cuando el médico tratante indique que se requiere la utilización collarines; en este concepto la periodicidad de la sustitución será determinada conforme con los cambios evolutivos del padecimiento de que se trate y al informe del médico tratante que fundamente dicha sustitución.
- VI. Se proporcionará a las y los trabajadores operativos y derechohabientes que así lo requieran por prescripción médica concentradores de oxígeno, los cuales serán adquiridas por el Banco cuando se estime un uso prolongado, o rentados, cuando se estime que se emplearán por un plazo breve.
- VII. En el caso de adquisición directa del derechohabiente, la factura deberá expedirse a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente. El Banco quedará como dueño absoluto de los mismos y condicionará su devolución, al término de su uso por el derechohabiente afectado; y
- VIII. El servicio de oxígeno medicinal y equipo se proporcionará para su uso en el lugar que solicite el médico de la red médica institucional, quien deberá obtener previamente la autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

ARTÍCULO 81. Las y los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal deberán acudir con los proveedores de estos servicios incluidos en la red médica institucional. Estos servicios serán cubiertos por el Banco por cuenta y orden de la o el trabajador operativo a favor de los prestadores de salud.

Para los derechohabientes del plan BANSEFI directo, en el caso de que elijan un proveedor de estos servicios que no se encuentre dentro de la red médica institucional, deberán pagar directamente el costo total de los servicios médicos recibidos. Posteriormente, solicitarán al Banco el reembolso respectivo, adjuntando el "Formato de solicitud de reembolso de servicios médicos" de acuerdo con los montos y tarifas con descuento pactadas por el Banco, debiendo anexar a su solicitud la carta membretada del médico tratante autorizada por la Gerencia de Servicio Médico, la factura expedida a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente.

CAPÍTULO XVI DE LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y AYUDA PARA LACTANCIA

ARTÍCULO 82. Sólo tendrán derecho a la asistencia obstétrica durante el embarazo, el parto o la operación cesárea (cuando esté medicamente indicada) y el puerperio de conformidad con lo establecido en este Reglamento, las personas siguientes:

- I. Las trabajadoras operativas.
- II. La esposa o concubina del trabajador operativo; registrada por el titular conforme al Capítulo II "De los derechohabientes".
- III. Las hijas de las y los trabajadores operativos registradas como familiares derechohabientes, siempre que sean solteras, tengan hasta veinticinco (25) años de edad y dependan económicamente del titular éstos, previa comprobación de vigencia de derechos del trabajador operativo no menor a seis (6) meses anteriores al parto. En este caso el tratamiento médico para el recién nacido no se encuentra cubierto por el servicio médico, y en ningún momento será considerado como derechohabiente.

A las madres de las y los trabajadores operativos, acreditadas en el padrón de derechohabientes, no se les otorgará la atención obstétrica.

ARTÍCULO 83. La asistencia del parto para las derechohabientes se llevará a cabo conforme a lo siguiente:

- a) Para las derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI principal, el parto se realizará en los centros hospitalarios que se incluyen en la red médica institucional, salvo en el siguiente caso:
 - Cuando se trate de una atención de urgencia médica obstétrica, debidamente comprobada a entera satisfacción de la Gerencia de Servicio Médico.
- b) Para aquellas que utilicen el plan BANSEFI directo, el parto se llevará a cabo en las instituciones médicas de su elección apegándose a la normativa establecida para tal fin en este reglamento.

Para los casos previstos en el inciso anterior, si las derechohabientes utilizan los servicios de los prestadores que se incluyen en la red médica institucional, estos servicios serán cubiertos por el Banco por cuenta y orden de la o el trabajador operativo a favor de los prestadores de salud.

El reembolso para el plan BANSEFI directo, se realizará de acuerdo a las tarifas con descuento pactadas por el Banco con sus proveedores de este tipo de servicios médicos y conforme a lo establecido en este reglamento.

ARTÍCULO 84. Los y las trabajadores operativos tendrán derecho a que, durante los primeros seis meses inmediatamente posteriores al alumbramiento de sus hijos derechohabientes, se les otorgue ayuda en efectivo por un importe igual al 50% del salario mínimo bancario mensual de la Ciudad de México.

Para que el Banco realice el pago, se requerirá de la entrega del acta de nacimiento del recién nacido en original o copia certificada expedida por el registro civil.

ARTÍCULO 85. Las madres trabajadoras operativas, en periodo de lactancia tendrán derecho a un periodo de cuatro meses a entrar una hora más tarde de su horario o salir una hora más temprano de su horario normal, para alimentar a sus hijos(as), posteriores a la fecha que concluya su licencia posnatal, conforme al artículo 61 párrafo segundo de las CGT.

ARTÍCULO 86. En caso de que una derechohabiente, 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 los artículos anteriores.

ARTÍCULO 87. Las madres trabajadoras operativas gozarán de licencia con goce de sueldo por cuidados maternos, por un máximo de diez días al año, con motivo de la enfermedad de sus hijos(as) de hasta doce años de edad. Con la justificación del personal médico de la red médica Institucional.

ARTÍCULO 88. Los trabajadores operativos tendrán derecho a que se les otorgue una licencia de paternidad con goce de sueldo por el período de cinco días hábiles, contados a partir del día del nacimiento de su hijo(a) y hasta por dos ocasiones en un año.

Al efecto, el trabajador operativo deberá presentar por escrito o a través de correo electrónico a la Dirección de Recursos Humanos, la petición respectiva, adjuntando el certificado médico de nacimiento del niño(a).

La licencia de paternidad podrá ser ampliada por los períodos y circunstancias siguientes:

- I. En caso de enfermedad grave del hijo o hija recién nacidos, así como de complicaciones graves de salud que pongan en riesgo la vida de la madre, la licencia de paternidad podrá extenderse por un período de cinco días hábiles durante los siguientes veinte días hábiles al alumbramiento.
- II. Tratándose de parto múltiple, la licencia de paternidad podrá extenderse hasta por cinco días hábiles continuos.

- III. En caso de que, durante los primeros quince días naturales posteriores al parto, la madre fallezca, el trabajador operativo podrá solicitar una licencia con goce de sueldo, por diez días hábiles adicionales al período correspondiente a su licencia de paternidad. Dicha solicitud deberá efectuarse en los términos referidos en el segundo párrafo del presente artículo, adjuntando el acta de defunción correspondiente.

ARTÍCULO 89. Las madres y padres trabajadores operativos podrán disfrutar de una licencia con goce de sueldo en caso de adopción, en los términos siguientes:

- I. En caso de que el menor adoptado tenga entre dos y seis meses de edad, la licencia que se otorgue a la madre trabajador operativos será de cuarenta días naturales;
- II. Cuando el menor adoptado tenga entre siete y doce meses de edad, se otorgará a la madre trabajador operativo una licencia de veinte días naturales;
- III. En caso de que el menor tenga más de doce meses de edad, se extenderá una licencia de diez días hábiles a la madre trabajador operativo; y
- IV. En todos los casos de adopción, se extenderá una licencia de cinco días hábiles al padre trabajador operativo.

CAPÍTULO XVII DE LA ATENCIÓN DENTAL

ARTÍCULO 90. Para los derechohabientes queda incluida la asistencia dental que comprenderá el diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico de padecimiento de las encías, labios, paladar, maxilares y dientes con obturaciones de cemento, porcelana y amalgama de plata, endodoncias, quedando excluido otro tipo de trabajo de prótesis o tratamiento dental; conforme al artículo 38 fracción II inciso a) segundo párrafo de las CGT.

Para hacer uso de los servicios a que se refiere el presente Capítulo, los derechohabientes del plan BANSEFI principal, deberán acudir a los odontólogos que forman parte de la red médica institucional y estos servicios serán cubiertos por el Banco por cuenta y orden de la o el trabajador operativo a favor de los prestadores de salud.

Los derechohabientes que utilicen el plan BANSEFI directo, podrán acudir con odontólogos y/o especialistas fuera de la red médica institucional debiendo pagar directamente los servicios odontológicos recibidos.

Posteriormente el titular solicitará al Banco el reembolso respectivo de conformidad con las tarifas de descuento pactadas por el Banco con sus proveedores de este tipo de servicios médicos, debiendo entregar el "Formato de solicitud de reembolso de servicios médicos", y anexar carta del médico tratante en hoja membretada, en el que se informe los estudios radiográficos y/o odontograma que describa a detalle el



REGLAMENTO DE SERVICIO MÉDICO DEL BANCO DEL BIENESTAR, SOCIEDAD NACIONAL DE CRÉDITO, INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO

tratamiento realizado, mismos que debió autorizar la Gerencia de Servicio Médico, previo a la realización del procedimiento, así como los recibos y/o facturas en original, expedidas a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente.

El odontólogo deberá llenar correctamente en la primera consulta la historia clínica odontológica, y por cada visita de los derechohabientes se indicará en el "Formato de consulta odontológica (odontograma)", el tratamiento realizado.

Los servicios de odontología autorizados a los derechohabientes son los siguientes:

- a) Obturaciones de amalgama de plata, cemento, porcelana, resina y fotopolimerizables (sólo en piezas anteriores y quintas clases).
- b) Curaciones.
- c) Endodoncias de acuerdo con los avances de esta especialidad.
- d) Profilaxis y técnicas de cepillado (máximo una vez cada seis [6] meses).
- e) Extracciones. Para extracción de terceros molares, se deberá solicitar la autorización a la Gerencia de Servicio Médico previa justificación.
- f) Selladores de fosetas y fisuras. Para menores de doce (12) años (máximo una vez por año).
- g) Aplicación de flúor (máximo una vez cada seis meses).
- h) Periodoncia/parodoncia y cirugía maxilofacial. Su acceso requiere de pase de especialista otorgado por odontólogo de primer contacto ya que estos son atendidos por médico especialista.
- i) La cirugía maxilofacial se cubre sólo en casos de accidentes y/o lesiones tumorales o malformaciones congénitas y abarca desde la consulta, extracciones quirúrgicas, hasta la apicectomía (previo análisis y autorización del caso por parte de la Gerencia de Servicio Médico).
- j) Las guardas oclusales se cubrirán solo una por cada año y medio, y previa indicación del odontólogo de la red. Pulpotomías y autorización de la Gerencia de Servicio Médico.
- k) La pulpotomía sólo está indicada en dientes temporales, en cuyo caso no aplica la endodoncia, previa autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

Entre los servicios de radiografías autorizadas se incluyen las siguientes:

- a) Radiografía intraorales. Se cubrirán siempre y cuando se requieran para tratamientos que estén dentro de cobertura (odontología general, parodoncia, endodoncia y cirugía maxilofacial) y que estén indicados por los odontólogos y autorizados por la Gerencia de Servicio Médico.
- b) Series radiográficas (catorce [14] periapicales) previa autorización de la Gerencia de Servicio Médico de BANSEFI una vez al año.
- c) Radiografías extra-orales.
- d) Radiografías panorámicas. Se cubrirán siempre y cuando se requieran para tratamientos que estén dentro de la cobertura (parodoncia y cirugía maxilofacial) y que sean indicados por el especialista.
- e) Cefalometrias, tawme, wathers, ATM, AP, lateras oblicuas de ramas ascendentes de mandíbulas, cialografías.

En este rubro se excluyen los siguientes procedimientos:

- a) Tratamientos de prótesis fijas, removibles o totales ortodoncias (así como las actividades y estudios para tratamiento), implantes e injertos, obturaciones distintas a las autorizadas, tratamientos reconstructivos, tratamientos con objetos estéticos y/o cosméticos.
- b) Tratamientos dentales alveolares, gingivales, periodontales, relacionados con tratamientos protésicos o de ortodoncia, cualquiera que sea naturaleza y origen, no especificados como servicios cubiertos.
- c) Tratamientos médicos, dentales o quirúrgicos experimentales, de los que no esté debidamente comprobada su eficiencia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
- d) Colocación de coronas e incrustaciones.
- e) Elaboración de prótesis dentales.
- f) Tratamiento de defectos congénitos de mandíbula, maxilar y articulación temporomandibular.
- g) Cirugía de implantes osteointegrados dentales (implantes).
- h) Las atenciones médicas realizadas fuera de la red médica, salvo los casos de urgencia real médica comprobada.

CAPÍTULO XVIII DE LA AYUDA PARA LENTES Y AUXILIARES AUDITIVOS

ARTÍCULO 91. El Banco sólo otorgará a las y los trabajadores operativos, jubilados y pensionados ayuda para compra de un par de cristales o micas blancas por año y armazón cada dos años y el monto será determinado por la Dirección de Recursos Humanos. Por ningún motivo se autorizará un par de lentes para ver de cerca y otro para ver de lejos.

Esta ayuda será otorgada cuando las y los trabajadores operativos cuenten con una antigüedad laboral mínima de seis meses y bajo la prescripción médica de un oftalmólogo de la Red médica institucional. No se cubrirán lentes de carácter estético.

Tratándose de la primera prescripción y cuando varíe la graduación antes del período mencionado, se requerirá además la receta médica del oftalmólogo.

El monto asignado será para cubrir el pago de las micas o de cristales de los anteojos que les sean recetados a los titulares, jubilados y pensionados incluyendo el armazón, debiendo ser éstos de buena calidad, con la posibilidad de que la o el trabajador operativo cubra el excedente en caso de que deseará tenerlos de una calidad distinta.

Los lentes de contacto podrán ser otorgados en los padecimientos de: queratocono, afaquia, astigmatismo irregular y estrabismo paralítico, previa indicación del médico oftalmólogo de la red médica institucional y previa autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

La cirugía refractiva Lasik o similar como tratamiento integral en casos de anisometría (miopía, hipermetropía o astigmatismo) superior a cinco (5) dioptrías, se podrá llevar a cabo, cuando esté indicada por el diagnóstico y los estudios que realice el médico especialista de la red médica institucional.

Los lentes intraoculares solamente se otorgarán para evitar un estado de invalidez y siempre que así lo recete el médico especialista de la red médica institucional conforme al artículo 38 fracción I y II de las CGT.

A efecto de autorizar la ayuda para lentes, la solicitud respectiva deberá tramitarse entre el 1° de enero al 30 de noviembre de cada año. No se autorizará el reembolso de ayuda de lentes correspondiente al ejercicio fiscal anterior y aquellos que no hayan sido autorizados por la Gerencia de Servicio Médico conforme a los procedimientos establecidos en este Reglamento.

ARTÍCULO 92. En el plan BANSEFI principal los titulares, jubilados y pensionados que requieran anteojos o lentes de contacto o intraoculares, así como cirugía refractiva lasik o aparatos auditivos, el médico tratante es quien deberá elaborar el "Formato de autorización de otros servicios médicos" y solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico. Estos servicios serán cubiertos por el Banco por cuenta y orden de la o el trabajador operativo a favor de los prestadores de salud.

En el plan BANSEFI directo el médico tratante deberá indicar en carta membretada su diagnóstico y razones para el uso anteojos o lentes de contacto o intraoculares, así como la cirugía refractiva lasik, o aparatos auditivos, y el titular deberá acudir a la Gerencia de Servicio Médico para solicitar autorización, debiendo pagar directamente los servicios recibidos.

Posteriormente el titular solicitará al Banco el reembolso, el cual se determinará de conformidad con las tarifas de descuento pactadas por el Banco con sus proveedores de este tipo de servicios médicos, debiendo anexar el "Formato de solicitud de reembolso de servicios médicos", carta del médico tratante en hoja membretada en el que justifique e indique los procedimientos médicos realizados, los cuales deberán estar debidamente autorizados previamente a la compra de lentes o cristales, y la factura expedida a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente.

La ayuda de lentes, cirugías y auxiliares auditivos mencionada en los artículos anteriores no será aplicable a los familiares derechohabientes; las y/o los esposas(os), concubinas(os), hijas(os) de cualquier edad, padres, de las y los trabajadores operativos.

ARTÍCULO 93. Quedan excluidos dentro de la ayuda para lentes:

- Lentes estéticos (oscuros o de colores);
- Reposición de lentes por mal uso, contaminados o por pérdida;
- Soluciones para limpieza de lentes o conservadores;
- Protecciones ultra violeta;
- Micas Foto-Gray;
- Antireflejantes.

ARTÍCULO 94. Las y los trabajadores operativos titulares, jubilados y pensionados tendrán en el caso de la pérdida auditiva, derecho cada cinco (5) años o antes por prescripción de los médicos especialistas de la red médica institucional a la adquisición de auxiliares auditivos o al mantenimiento o reparación del equipo durante toda la vida útil del mismo.

CAPÍTULO XIX DE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA (VACUNACIÓN)

ARTÍCULO 95. El Banco de acuerdo al esquema de vacunación establecida en la Cartilla Nacional de Vacunación, realizará la protección específica a la población infantil a través de la Red de Médica Institucional y en el centro de vacunación que se indique.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA
B C G	TUBERCULOSIS	UNICA	AL NACER
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER
		SEGUNDA	2 MESES
		TERCERA	6 MESES
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. INFLUENZAE b	PRIMERA	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		TERCERA	6 MESES
		CUARTA	18 MESES
D P T	DIFTERIA, TOSFERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		TERCERA	6 MESES
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		REFUERZO	12 MESES
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES
		SEGUNDA	7 MESES
		REVACUNACION	ANUAL HASTA LOS 59 MESES
S R P	SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO
		REFUERZO	6 AÑOS
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES	
S R	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES	

El Banco a través de la Gerencia de Servicio Médico, podrá realizar campañas de vacunación para el total de sus derechohabientes en casos de epidemias, incremento en incidencias de algún padecimiento susceptible de control por vacunación y las que por recomendación de la autoridad sanitaria deban o puedan ser aplicadas.

CAPÍTULO XX DEL CONTROL DE LA NATALIDAD, ESTERILIDAD E INFERTILIDAD

ARTÍCULO 96. El Banco otorgará tratamientos médicos y quirúrgicos para el control de la natalidad siempre que sean prescritos por el médico ginecólogo de la trabajadora operativa y/o cónyuge o concubina, con excepción de:

- I. Los de adquisición voluntaria, y
- II. Los preservativos.

Se excluyen los tratamientos para el manejo de esterilidad y/o infertilidad.

Cuando la o el derechohabiente opte por métodos definitivos e irreversibles de control de la fertilidad, vasectomía o salpingoclasia, deberá entregar al médico tratante el consentimiento informado.

En el caso de hijos o hijas derechohabientes, no se autorizará en forma alguna tratamientos (medicamentos) anticonceptivos.

CAPÍTULO XXI DE LAS AMBULANCIAS

ARTÍCULO 97. En casos necesarios, se proporcionará el servicio de traslado en ambulancia, tomando en cuenta las características clínicas de las y los derechohabientes; este servicio se otorgará a solicitud del personal médico de la red médica institucional, quien deberá previamente obtener la autorización de la Gerencia de Servicio Médico.

En los casos de urgencia real o sentida, no será necesaria autorización por parte de la Gerencia de Servicio Médico, sin embargo, deberá de ser notificado el servicio a dicha Gerencia dentro de las veinticuatro horas posteriores.

El tipo de ambulancia que se proporcionará será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo las de terapia intensiva, terapia intermedia o de traslado.

Quedan fuera de cobertura los traslados de hospital a casa o para tratamientos ambulatorios de rehabilitación física.

CAPÍTULO XXII DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS

ARTÍCULO 98. Las terapias psicológicas y psiquiátricas sólo en casos con plena justificación y con valoración previa del médico tratante (psicólogo o psiquiatra según sea el caso) se autorizarán los tratamientos correspondientes a series de sesiones semanales estrictamente necesarias.

En el plan BANSEFI principal las y los derechohabientes que requieran terapias psicológicas y psiquiátricas, el médico tratante es quien deberá elaborar el “Formato de autorización de otros servicios médicos” y solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico. Estos servicios serán cubiertos por el Banco a favor de los prestadores de salud.

En el plan BANSEFI directo el médico tratante deberá indicar en carta membretada su diagnóstico y razones para recibir terapias psicológicas y psiquiátricas, y el titular deberá solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico. El reembolso será solicitado a la Gerencia de Servicio Médico quien conforme a los tabuladores con descuento convenido con sus proveedores de salud efectuará el reembolso, para lo cual deberán presentar el “Formato de solicitud de reembolso de servicios médicos”, y la factura original expedida a nombre del Banco del Bienestar, S.N.C. I.B.D., especificando el nombre del derechohabiente, y carta del médico tratante previamente autorizada.

El tratamiento farmacológico del paciente con atención psiquiátrica corresponderá al médico psiquiatra tratante.

Debe de diferenciarse el tratamiento mediante psicoterapia, del tratamiento farmacológico del enfermo psicótico.

En el primer caso, se podrá autorizar hasta una sesión semanal por hasta dos (2) períodos de tres (3) meses cada uno, previo informe del licenciado en psicología o del médico psiquiatra; en el segundo caso, corresponderá al médico psiquiatra el seguimiento clínico a través de la consulta.

Para cada derechohabiente, las sesiones de terapias psicológicas o psiquiátricas en ningún caso, podrán ser por un periodo mayor a seis meses, independientemente a que se trate de más de una causa o diagnóstico que motiven la referencia del médico de primer contacto, el médico especialista o el propio psicólogo o psiquiatra que le esté atendiendo. El tiempo mínimo que deberá transcurrir entre cada periodo de seis (6) meses, será de dos años.

Las terapias psicológicas y/o psiquiátricas se autorizarán cuando el derechohabiente, a consecuencia de un accidente o enfermedad las requiera, con plena justificación y valoración previa del médico tratante (psicólogo o psiquiatra según sea el caso).

CAPÍTULO XXIII DE LOS SERVICIOS PARACLÍNICOS, DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

ARTÍCULO 99. Los servicios para los y las derechohabientes solicitados por el médico especialista y subespecialista de la red médica, como parte del esquema de tratamiento, se proporcionarán de acuerdo a lo siguiente:

- I) Rehabilitación física, sólo para recuperar la capacidad para el trabajo y la preservación de las funciones físicas o bajo criterios de estricta necesidad y beneficio clínico demostrable,
- II) Terapias especiales, como quimioterapia, radioterapia, diálisis y transfusiones, alimentación enteral y parental, y
- III) Oxigenoterapia, será proporcionada en el domicilio, de forma oportuna y eficiente siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante de la red médica institucional y autorizada por la Gerencia de Servicio Médico.

En los casos de tratamientos especializados que requiera el trabajador operativo y/o sus derechohabientes, las terapias especiales antes mencionadas y oxigenoterapia serán brindadas través del Instituto de Seguridad Social correspondiente.

En el plan BANSEFI principal las y los derechohabientes que requieran de los servicios para-clínicos, de rehabilitación y medicina física, el médico tratante es quien deberá elaborar el "Formato de autorización de



REGLAMENTO DE SERVICIO MÉDICO DEL BANCO DEL BIENESTAR, SOCIEDAD NACIONAL DE CRÉDITO, INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO

otros servicios médicos” y solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico. Estos servicios serán cubiertos por el Banco a favor de los prestadores de salud.

En el plan BANSEFI directo el médico tratante deberá indicar en carta membretada su diagnóstico y razones por las cuales se requerirán los servicios para-clínicos, de rehabilitación y medicina física, y el titular deberá solicitar autorización a la Gerencia de Servicio Médico. El servicio será pagado de forma directa por el derechohabiente y se solicitará el reembolso correspondiente conforme a las disposiciones contenidas en este reglamento.

La cobertura de proveedores de asistencia médica domiciliaria y extensión hospitalaria para convalecer de una enfermedad, se proporcionará previa autorización de la Gerencia de Servicio Médico a través de centros de la red médica institucional, y sólo en las siguientes condiciones:

1. Pacientes en estado terminal a los que se les hubiere ofrecido el máximo beneficio en un centro hospitalario;
2. Pacientes con escaras de decúbito o heridas que requieran curación diaria por largos periodos, en los que esta opción resulte más conveniente para su manejo; y
3. Pacientes cuyo periodo de convalecencia sea prolongado y no se requiera de la infraestructura hospitalaria, excepto por maternidad.

ARTÍCULO 100. La/el trabajador operativo podrá recibir equipos de apoyo (bastones, sillas de ruedas, andaderas), en calidad de préstamo de acuerdo con la disponibilidad con la que cuente la Gerencia de Servicio Médico.

CAPÍTULO XXIV DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 101. Independientemente de las limitaciones y exclusiones detalladas en el presente capítulo, la Gerencia de Servicio Médico deberá canalizar previo informe del médico especialista tratante a los trabajadores operativos y sus derechohabientes que requieran un tratamiento o medicamento especializado al Instituto de Seguridad Social correspondiente para la atención respectiva y seguimiento médico, así como la terapéutica requerida.

I. Limitaciones:

- a) Las y los derechohabientes deberán cubrir los gastos que se originen cuando hagan uso de Servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios distintos a los establecidos en la red médica institucional y se sometan a tratamientos no autorizados, salvo en casos de urgencia comprobada y que, en su caso, autorice el propio Banco.

- b) No se considerará accidente de trabajo ni enfermedades profesionales los que ocurran encontrándose la o el trabajador operativo en estado de ebriedad o bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, a menos que obedeciera a prescripción médica y si hubiera comunicado el hecho a la Institución, o cuando se ocasione deliberadamente alguna incapacidad por sí solo o por medio de otra persona y cuando el siniestro sea el resultado de algún delito del que fuera responsable el trabajador operativo de un intento de suicidio o de una riña en que hubiera tomado parte, conforme al artículo 38 fracción I primer párrafo.
- c) La Institución está obligada a proporcionar a todos las y los trabajadores operativos en servicio activo y pensionados(as) y/o jubiladas(os), junto con sus derechohabientes; en atención a los Convenios de Subrogación vigentes con los organismos de seguridad social correspondientes, las prestaciones en especie y dinero establecidas en el artículo 38 CGT.
- d) En caso de urgencia que impida a la o el trabajador operativo o a sus derechohabientes trasladarse a los servicios médicos de la red médica institucional, porque estén en peligro sus vidas, la Institución una vez comprobados y a su juicio absorberá el costo de acuerdo con el procedimiento establecido en el Reglamento de Servicios Médicos, conforme al artículo 41 tercer párrafo de las CGT.
- e) En caso de accidente que no sea de trabajo o enfermedad no profesional de la o el Trabajador operativo, podrá recibir asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, así como los elementos de prótesis, órtesis y aparatos auxiliares necesarios, desde el comienzo de la enfermedad y durante un plazo de cincuenta y dos (52) semanas para la misma enfermedad, conforme al artículo 38 fracción II de las CGT.

II. Exclusiones:

- a) Cirugía cosmética o plástica, sus consecuencias y complicaciones.
- b) Servicios de obstetricia para la madre del trabajador operativo.
- c) Tratamientos médicos, dentales o quirúrgicos experimentales, de los que no estén debidamente comprobada su eficiencia para corregir lesiones o afecciones del organismo y medicamentos de adquisición en el extranjero.
- d) Productos alimenticios, suplementos nutricionales y dietéticos.
- e) Tratamientos estéticos y productos para el cuidado personal.
- f) Productos para la higiene personal como shampoo, cremas lubricantes - hidratantes y cosméticos dermatológicos.
- g) Equipos de diagnóstico.

- h) Programas de ejercicio, entrenadores y cursos psicoprofilácticos.
- i) Amenidades durante la hospitalización tales como: videos, estacionamiento, comidas extras, regalos y otros similares no relacionados con la atención médica. No se autorizan habitaciones de lujo o habitaciones para familiares.
- j) Medicamentos para las siguientes condiciones: reducción de peso (excepto por obesidad mórbida), disfunción sexual, caída del cabello, para aumentar el desempeño atlético, o cosméticos dermatológicos.
- k) Tratamientos para la infertilidad
- l) Masajes de cualquier tipo.
- m) Quiroprácticos, "hueseros", acupuntura, naturistas y otra medicina alternativa incluyendo médicos homeópatas certificados, así como cualquier terapia alternativa que no pertenezca a la medicina alópata o por cualquier médico que no cuente con cédula profesional.
- n) Productos que no brinden una acción farmacológica definida y con fines terapéuticos con apego a criterios de la Secretaría de Salud, COFEPRIS, ISSSTE e IMSS.
- o) Medicamentos conocidos en el mercado como "similares".
- p) Medicamentos de venta libre, vitaminas, minerales, estimulantes del apetito, suplementos que no requieren prescripción médica independientemente de que hayan sido prescritos por un médico de la red médica institucional.
- q) Los tratamientos de ortodoncia e implantes dentales serán cubiertos sólo como consecuencia de un accidente. Las carillas de porcelana, metales preciosos, retenedores de espacio e implantes dentales quedan excluidos.
- r) Antisépticos, vendajes, y material de curación para uso en casa.
- s) Asilos o similares.
- t) Fertilización in vitro, inseminación artificial y transferencia de gametos.
- u) Bio-retroalimentación.
- v) Cuidado de pedicurista.
- w) Cualquier procedimiento o tratamiento destinado a alterar las características físicas del sexo biológico, por las características del sexo opuesto.

- x) Tratamientos contra adicción a drogas, alcohol y tabaco.
- y) Con excepción de condiciones de obesidad mórbida, tratamientos quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos, anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos, así como las complicaciones que resulten de ellos.
- z) Compra o renta de equipo como bicicletas para ejercicio, juegos de gimnasio personal, purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua, almohadas alergénicas, colchones, camas de agua, sillas de ruedas eléctricas, elevadores, saunas, albercas u otros artículos para el hogar.
- aa) Cirugía refractiva para corregir presbicie, terapia fotodinámica, así como estudios para evaluar la necesidad de la cirugía refractiva, tales como paquimetría y la topografía corneal.
- bb) Estudios prenupciales, de paternidad responsable y preoperatorios para procedimientos quirúrgicos que el Banco no autorice. Estudios para determinar la fertilidad. Estudios para el trámite de certificados de salud, salvo que se trate de requisitos para el desempeño de comisiones oficiales.
- cc) Centros de rehabilitación e internamientos en casas de rehabilitación para fármaco dependencia, toxicomanías, adicciones, alcoholismo, bulimia y anorexia nerviosa.
- dd) Zapatos ortopédicos.
- ee) Perforación del lóbulo, circuncisión profiláctica, conservación del cordón umbilical, fotografías y video filmaciones de recién nacido.
- ff) Ultrasonido de cuarta dimensión en el embarazo, excepto en casos de sospecha de malformación congénita.
- gg) Sangre y sus derivados.
- hh) Estudios de genética tales como: determinación de DNA, amniocentesis, determinación de bandas oligoclonales, cariotipos, marcadores genéticos y triple marcador genético.
- ii) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, relacionados con tratamientos protésicos o de ortodoncia cualquiera que sea su naturaleza y origen, no especificados como servicios cubiertos.
- jj) Tratamientos médicos quirúrgicos basándose en hipnotismo y quelaciones u otro tipo de medicina diferente a la alópata.
- kk) Gastos relacionados con acompañantes del derechohabiente en hospitalización.

- ll) Colocación de coronas o incrustaciones.
 - mm) Tratamientos de defectos congénitos de mandíbula, maxilar y articulación temporomandibular.
 - nn) Cualquier gasto por tratamientos de talla baja.
 - oo) Medicamentos para la calvicie.
 - pp) Elaboración de prótesis dentales.
 - qq) Ambulancia aérea.
 - rr) La admisión a un hospital con más de 23 horas de anterioridad a la fecha de la operación.
 - ss) Exámenes médicos generales para comprobar el estado de salud "Check Up".
- III. Medicamento o productos no autorizados:
- a) Cuyo objetivo sea combatir la adicción al tabaco, drogas o alcohol.
 - b) Para aumentar el desempeño atlético, nutricionales, vitamínicos orales o inyectables.
 - c) Prescritos que requiera ser reemplazados por haber sido perdidos o dañados.
 - d) Antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, inductores del sueño, antipsicóticos, que no hayan sido indicados por el médico especialista.
 - e) Todos aquellos productos conocidos como dermato-cosméticos, humectantes, emolientes, hidratantes, bloqueadores solares en crema, gel o presentaciones labiales; despigmentantes, queratolíticos, reguladores del PH epitelial, tratamientos antiseborreicos capilares y faciales, tratamientos para la alopecia, limpiadores de cualquier tipo, exfoliantes, shampoo de cualquier tipo y jabones.
 - f) Tratamientos para la infertilidad, tratamientos para la disfunción eréctil, así como ungüentos, espumas, jaleas.
 - g) Reguladores de la absorción de las grasas, anabólicos, anfetaminas y aminoácidos, suplementos nutricionales en cualquier presentación, o endulcorantes.
 - h) Tratamientos que no estén establecidos dentro de la alopátia: medicina homeopática, acupuntura, naturista, herbolaria y cualquier otra rama de la medicina alterna, así como cualquier tratamiento de medicina estética (micro pigmentaciones, mesoterapias).

CAPÍTULO XXV DE LAS SANCIONES Y LAS QUEJAS

ARTÍCULO 102. El uso de la red médica institucional en contravención a lo señalado en el Reglamento y las sanas prácticas, será sancionado con el cobro a las y los derechohabientes de los servicios prestados, sin perjuicio de las sanciones de carácter legal o administrativo que de ello deriven.

La falta de credencial que identifique como derechohabiente o uso de credenciales caducadas, falsificación o alteración de credenciales, falta de actualización de documentos, alteración de recetas médicas, falta de pase para especialista o caducados, así como la presentación de documentos apócrifos, será sancionado con el cobro a los titulares de los servicios prestados, sin perjuicio de las sanciones de carácter legal o administrativo que de ello deriven.

El Banco se reserva el derecho, para que, en los casos de probable sobreutilización injustificada, se practique un examen integral a la o el derechohabiente para conocer su estado real de salud y, en su caso, establecer o canalizarlo con el o los proveedores de la red médica institucional que el propio Banco determine, con la finalidad de otorgarle una atención médica integral que derive en una mejora en la atención.

ARTÍCULO 103. Las y los derechohabientes tienen el derecho a expresar su satisfacción o descontento con respecto a algún servicio médico otorgado o sobre algún otro aspecto del servicio médico del Banco.

Las dudas o quejas deben ser presentadas a la Gerencia de Servicio Médico, Dirección de Recursos Humanos, Dirección General Adjunta de Administración y Órgano Interno de Control.

En caso de inconformidad, la o el trabajador operativo o beneficiaria(o), directamente o a través del servicio médico, podrá pedir otro dictamen por su cuenta y si la institución no se allanare a éste, de común acuerdo con los dos médicos discrepantes designarán a un tercero, cuyo dictamen será definitivo. El dictamen del médico del trabajador operativo, o del beneficiario y del médico tercero, serán pagados por la parte que no haya tenido razón; conforme al artículo 38 de las CGT.

ARTÍCULO 103. Lo no previsto en el presente reglamento se sujetará, a lo que establece la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado e Instituto Mexicano del Seguro Social y demás ordenamientos legales y normativos aplicables en la materia de este Reglamento, así como a las disposiciones establecidas en las CGT emitidas por el Banco o en su caso a lo que se acuerde en el Subcomité de Cirugía.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

PRIMERO. A la entrada en vigor del presente reglamento, quedará sin efecto la versión anterior del Reglamento de Servicios Médicos aprobada por el H. Consejo Directivo del Banco del Bienestar en su sesión



REGLAMENTO DE SERVICIO MÉDICO DEL BANCO DEL BIENESTAR, SOCIEDAD NACIONAL DE CRÉDITO, INSTITUCIÓN DE BANCA DE DESARROLLO

ciento diecinueve extraordinaria celebrada el día veinticinco de enero de dos mil diecinueve. Asimismo, quedan sin efecto todas las disposiciones que se opongan al presente.

SEGUNDO. El presente reglamento entrará en vigor una vez que haya sido aprobado por el H. Consejo Directivo del Banco del Bienestar y se hará del conocimiento de las y los derechohabientes, a través de los medios de comunicación electrónicos con que cuenta el Banco y, en su caso, del documento impreso del mismo.

TERCERO. Los trabajadores operativos pensionadas(os) y jubiladas(os) que hayan iniciado funciones posteriormente a la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y Obligaciones aplicable al Personal de Confianza del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo, recibirán el servicio médico a través del Instituto Mexicano de Seguro Social.

CUARTO. El presente Reglamento quedará sin efectos, cuando cause baja de la Institución el último trabajador operativo pensionada(o) y jubilada(o) que haya ingresado antes de la entrada en vigor del Manual de Remuneraciones, Jubilaciones, Derechos y Obligaciones aplicable al Personal de Confianza del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, Sociedad Nacional de Crédito, Institución de Banca de Desarrollo.