



FECHA	DÍA	MES	AÑO

**SOLICITUD DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE PRÓTESIS, ÓRTESIS
 E IMPLEMENTOS PARA REHABILITACIÓN**

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DOCENTE

APELLIDOS Y NOMBRE (S)	CLAVE S.P.	CURP
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN (NOMBRE DEL PLANTEL EDUCATIVO)	CCT	DELEGACIÓN SINDICAL
DIRECCIÓN DEL PLANTEL	MUNICIPIO Y REGIÓN SINDICAL	TELÉFONO CON LADA:
DOMICILIO PARTICULAR Y MUNICIPIO	TELÉFONO PARTICULAR CON LADA: CELULAR:	
MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA AYUDA: (COLOCA UNA X Y EN OTROS ESPECIFIQUE) ___ LENTES ___ DENTAL ___ ORTOPÉDICO OTROS: _____		
MONTO PAGADO POR ADQUISICIÓN DE PRÓTESIS, ÓRTESIS O IMPLEMENTOS PARA REHABILITACIÓN \$		

SOLICITUD EN ORIGINAL Y DOS COPIAS (TODA LA DOCUMENTACIÓN EN ORIGINAL Y DOS COPIAS)

- RECETA MÉDICA (ORIGINAL Y DOS COPIAS).** Con nombre completo del paciente, letra legible, mismo tipo de letra y tinta, si es a computadora todo a computadora salvo firma y con especificaciones que vienen en la parte de atrás de solicitud.
- FACTURA EXPEDIDA POR EL PROVEEDOR (ORIGINAL Y DOS COPIAS).** Con especificaciones que vienen en la parte de atrás de solicitud.
- TALÓN DE CHEQUE O COMPROBANTE DE PERCEPCIONES Y DEDUCCIONES DEL PERÍODO QUINCENAL ACTUAL. (TRES COPIAS)**
- IDENTIFICACIÓN PERSONAL CON FIRMA VIGENTE (GAFETE-CREDENCIAL DEL GEM, O CREDENCIAL PARA VOTAR, O PASAPORTE)**
- CREDENCIAL DE AFILIACIÓN AL S.M.S.E.M.**
- CREDENCIAL DE AFILIACIÓN DEL ISSEMYM S.P. VIGENTE**
- EN CASO DE TRÁMITE CORRESPONDIENTE A DERECHOHABIENTES DIRECTOS ANEXAR CREDENCIAL DE ISSEMYM VIGENTE, DEBE ESTAR AFILIADO POR EL SERVIDOR PUBLICO QUE REALIZA EL TRAMITE.**

LA COPIA DE LAS CREDENCIALES SON EN LA MISMA HOJA POR AMBOS LADOS (3 COPIAS)

NOTA: LAS COPIAS SON LEGIBLES. LOS DOCUMENTOS NO DEBEN PRESENTAR NINGUNA ALTERACIÓN (EJEMPLO CORRECTOR, TACHADURAS, Etc.)

**LEER REVERSO DE SOLICITUD ANTES DE IR AL MEDICO Y HACER LA ADQUISICIÓN
 (Dudas y aclaraciones al 01722-2772900 Ext. 261 y 221)**

SOLICITANTE			Vo. Bo.		
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO			PROFR. JOSÉ CONSTANTINO SALGUERO YÑIGUEZ SECRETARIO DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL S.M.S.E.M.		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

REQUISITOS NECESARIOS DE DOCUMENTOS A ENTREGAR, PARA HACER UN TRAMITE EFECTIVO EN LA “AYUDA PARA ADQUISICIÓN DE PRÓTESIS”

FACTURAS:

- A NOMBRE DEL SERVIDOR PUBLICO
- DATOS FISCALES (CADENA DIGITAL, IMAGEN TRIDIMENSIONAL O CÓDIGO QR EL CÓDIGO QR DEBE LEERSE POR LA APLICACIÓN DEL SAT)
- FECHA DE EXPEDICIÓN
- CONCEPTO: LA PRÓTESIS, ÓRTESIS O EL IMPLEMENTO QUE SE ESTA ADQUIRIENDO. ESTE DEBE CONTENER LA INDICACIÓN QUE SE COLOCO EN RECETA. LO RECETADO ES LO QUE TIENE QUE VENIR FACTURADO *Ejemplo lentes: Armazón y lentes graduados, Armazón y micas oftálmicas, Anteojo graduado, lente completo graduado (ojo son ejemplos). Ejemplo Ortopedia: Plantillas, zapatos ortopédicos, tenis ortopédicos y los implementos que le soliciten (ojo son ejemplos).* **CASO DENTAL PRÓTESIS DENTAL O LA PROTESIS RECOMENDADA**
- **NO DEBE DE INCLUIR OTROS CONCEPTOS COMO: ATENCIÓN, HONORARIOS, TRATAMIENTO, SERVICIOS U OTROS.**
- R.F.C. (DEL SERVIDOR PÚBLICO IGUAL QUE TALÓN DE CHEQUE O ANEXAR R.F.C. DEL SAT)
- DOMICILIO DEL SERVIDOR PÚBLICO TIENE QUE COINCIDIR CON LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- IVA DESGLOSADO. (TAMBIÉN PARA PRÓTESIS DENTAL)
- SOLO FACTURA, (NO RECIBO DE HONORARIOS, NI NOTAS, NI ORDEN DE COMPRA, Etc.).
- NO CIRUGÍAS, NI TRATAMIENTOS, NI SERVICIOS MÉDICOS, NI ESTUDIOS, NI MEDICAMENTOS, Etc.)
- LA FACTURA TIENE VIGENCIA DE 3 MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

RECETAS MÉDICAS:

- A NOMBRE DEL PACIENTE
- EN HOJA MEMBRETADA O PAPEL OFICIAL DEL PRESTADOR DEL SERVICIO
- **FIRMA Y SELLO DEL LUGAR QUE LA EXPIDE**
- **NO SE RECIBEN HISTORIAS CLÍNICAS, NI CONSTANCIAS, NI FICHAS CLÍNICAS, NI ORDEN DE TRABAJO, NI RESUMEN CLÍNICO, Etc.**
- DEBE INCLUIR DIAGNOSTICO, EXPLICACIÓN Y ESPECIFICACIÓN DE LAS CAUSAS QUE OBLIGAN AL USO DE LA PRÓTESIS, ORTESIS E IMPLEMENTO DE REHABILITACIÓN POR EL MÉDICO ESPECIALISTA.
- DEBE INCLUIR QUE TIPO DE PRÓTESIS, ORTESIS E IMPLEMENTO DE REHABILITACIÓN SE ESTA RECOMENDADO UTILIZAR, POR EL MÉDICO ESPECIALISTA.
- **DATOS DEL MÉDICO (NOMBRE, ESPECIALIDAD, CEDULA PROFESIONAL, CERTIFICACIÓN, FIRMA Y SELLO). EN CASO DE CERTIFICACIÓN ANEXAR CURP Y FOLIO: “CONOCER” DEL MÉDICO EN LA RECETA Y QUE IMPRIMA LA HOJA DE RENAP.**
- **EL MEDICO QUE RECETA DEBE SER ESPECIALISTA**
- SI LA RECETA ES EXPEDIDA POR ISSEMYM, DEBE ESTAR BIEN REQUISITADA, (NO SE RECIBE CON NINGÚN TIPO DE ANOTACIÓN ANEXA), CON **SELLO** DEL DÍA DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN. (NO SE RECIBEN HOJAS DE REFERENCIA, NI SOLICITUD DE LABORATORIO, NI HOJAS SIN MEMBRETE, NI HOJAS MEDIA CARTA SOLO CON SELLO U OTROS QUE NO CUMPLAN CON LO SOLICITADO)
- EN CASO DE PRÓTESIS AUDITIVAS SE DEBERÁ INCLUIR ESTUDIO DE AUDIOMETRÍA ORIGINAL CON DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA (NOMBRE, ESPECIALIDAD, CEDULA PROFESIONAL, FIRMA Y SELLO)
- **LA RECETA DEBE TENER FECHA ANTERIOR A FACTURA Y NO REBASAR EL PERIODO DE 2 MESES PARA REALIZAR LA COMPRA.**
- **VERIFICAR QUE EL ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE SEA EL QUE FIRME LA RECETA (SOLICITAR IDENTIFICACIÓN EN COPIA)**
 - ❖ Favor de sacar copias en hojas completas tamaño carta
 - ❖ Copias de credenciales por ambos lados, (LAS TRES EN UNA SOLA HOJA Y PRESENTAR LA CREDENCIAL DE ISSEMYM EN ORIGINAL)
 - ❖ **EN EL TALÓN DE PAGO DEBEN APARECER LAS CLAVES (5462 Y 5499)**
 - ❖ **Prótesis dental exclusiva para el Servidor Público. (Antes de realizar el trabajo con el Médico verificar que realmente expida factura con IVA desglosado).**

NOTA: SI EL APOYO ES PARA ALGUNO DE LOS HIJOS, ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ISSEMYM VIGENTE Y PRESENTAR LA ORIGINAL (DEBE ESTAR AFILIADO A ISSEMYM POR EL SERVIDOR PÚBLICO QUE REALIZA TRAMITE)

LA RESPUESTA DE LA PROCEDENCIA DEL TRAMITE LA DA GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO EN UN PERIODO DE 5 A 6 MESES POR LO CUAL SE PIDE MARCAR EN ESE PERIODO PARA SABER INFORMACIÓN DE TRAMITE.