



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

INSCRIPCION O REGISTRO DE MOVIMIENTOS DE GRUPOS FAMILIARES

CURP

1.- DATOS DEL TITULAR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)						
LUGAR DE NACIMIENTO				CONTRATAACION INICIAL						
				DIA	MES	AÑO				
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	SEXO	H	M				
CALLE Y No.										
COLONIA										
CIUDAD/POBLACION										
MUNICIPIO/DELEGACION			ESTADO		C.P.					
ESCOLARIDAD:										
PRIMARIA <input type="radio"/>		SECUNDARIA <input type="radio"/>		PREPARATORIA <input type="radio"/>		ESCUELA TECNICA <input type="radio"/>			PROFESIONAL <input type="radio"/>	
CLAVE DELEGACION DE ADSCRIPCION				UNIDAD No.						

2.- CLAVES

POLIZA: SM	
NUMERO DE REGISTRO PATRONAL	DV
No. DE SEGURIDAD SOCIAL	DV
OCUPACION	

3.- DATOS DEL MOVIMIENTO

Contratación Inicial	UNICAMENTE PARA CONTRATACION COLECTIVA, SUJETOS ARTICULO 218, RENOVACION INDIVIDUAL O CONTINUACION VOLUNTARIA	ADSCRIPCION		FECHA DE MOVIMIENTO		
Renovación		DELEGACION		DIA	MES	AÑO
Sujetos Art. 218		UNIDAD				
- Cambio de adscripción		PERIODICIDAD DEL PAGO: <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> BIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL		DEL		
- Cambio de domicilio		VIGENCIA		AL		
- Inclusión de beneficiarios						

4.- DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Com- po	PARENTESCO	APELLIDO PATERNO	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ADSCRIPCION	
			APELLIDO MATERNO			AÑO	MES	DIA	H	M	DELEG.	UNIDAD
02 05	ESPOSA(O) O CONCUBINA(RIO)											
11	PADRE											
12	MADRE											
13	HIJO(A)											
14	HIJO(A)											
15	HIJO(A)											
16	HIJO(A)											
17	HIJO(A)											

OBSERVACIONES				
<input type="radio"/> PARENTESCO <input type="radio"/> CONVIVENCIA <input type="radio"/> DEPENDENCIA <input type="radio"/> ESTUDIOS				
COMPROBO:				
Vo. Bo.		FIRMA		
		MATRICULA		

CERTIFICACION DEL PAGO	
CUOTA FIJA 13.9%	_____
CUOTA COMPLEMENTARIA 8.5%	_____
TOTAL 22.4%	_____
BASE DE COTIZACION = SALARIO MINIMO GENERAL DEL DISTRITO FEDERAL	

INSTRUCCIONES Y CONDICIONES AL REVERSO, RECOMENDAMOS LEERLAS CUIDADOSAMENTE. EN CASO DE DUDA, SOLICITE AL PERSONAL INSTITUCIONAL CUALQUIER ACLARACION.

SUBDELEGACION

9000 85 067 0001 01

INSTRUCTIVO PARA LA INSCRIPCIÓN O REGISTRO DE MOVIMIENTOS DE GRUPOS FAMILIARES.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE ESTE FORMATO.

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE, UTILIZANDO BOLIGRAFO CON TINTA NEGRA EN LAS AREAS NO SOMBRADAS.

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Las partes sombreadas son para uso exclusivo del IMSS. (En ellas se especifican: CURP, fecha de contratación inicial, clave de la Delegación y tipo y número de unidad que le corresponde). En esta sección se deberá escribir el nombre completo del titular del núcleo familiar asegurado, iniciando por el apellido paterno, apellido materno y el o los nombres completos. De igual forma, deberá indicarse lugar y la fecha de nacimiento (Estado de nacimiento y fecha, cuando menos el año). Escriba su teléfono e indique el sexo tachando la (H)=hombre o la (M)=mujer.

El domicilio del núcleo familiar asegurado deberá estar completo con calle y número, colonia, ciudad/población, municipio/delegación, estado y código postal, para poder establecer contacto y enviarse un recordatorio de renovación, cuestionarios que permitan ver si se encuentra satisfecho con el servicio, etc. No olvide señalar su nivel más alto de estudios e indicar su ocupación.

2. CLAVES:

Esta sección es para uso exclusivo del IMSS (contiene la siguiente información: Número de póliza de seguro de salud, Número de registro patronal y Número de seguridad social).

3. DATOS DEL MOVIMIENTO:

Esta sección es para uso exclusivo de personal del IMSS. En esta sección se incluyen datos acerca del movimiento a efectuar, sea contratación inicial o renovación, si es un cambio de domicilio o se incluye algún beneficiario (nacimiento de un hijo), etc. Asimismo, se anota la periodicidad del pago del importe de la cuota (sólo para contratación colectiva, sujetos del artículo 218 de la Ley, renovación o asegurado que además se inscriba en la continuación voluntaria en el régimen obligatorio), la Delegación y Unidad Médica a la cual queda adscrito el titular del núcleo familiar asegurado, la fecha en que se efectúa el movimiento y la vigencia del aseguramiento.

4. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

En este apartado se debe escribir el nombre completo de los integrantes del núcleo familiar en el recuadro que corresponda según el parentesco, indicando la fecha de nacimiento y sexo. Los hijos deberán inscribirse empezando por el de más edad. En caso de que los espacios consignados no sean suficientes favor de indicarlo para que le sean proporcionados otros formatos. La adscripción a la unidad médica la determinará personal del Instituto.

- El espacio destinado a las observaciones es para uso exclusivo del IMSS.

INDICACIONES GENERALES

1. Para contratar el seguro de salud para la familia es necesario llenar el formato de inscripción, requisitar el cuestionario médico familiar y pagar la cuota correspondiente en la Subdelegación del Instituto Mexicano del Seguro Social más cercana a su domicilio.

2. El asegurado debe recibir una copia del formato de inscripción, así como su comprobante de pago, el cual debe encontrarse certificado con el importe pagado. Su número de seguridad social es el número de asegurado para usted y su familia.

3. Para recibir atención médica deberá presentarse en la clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social a la cual se le adscribió. Usted y/o sus familiares deberán presentarse en el área de control de prestaciones de la Unidad de Medicina Familiar indicada en su comprobante de inscripción y Tarjeta de citas y actividades médico preventivas (CARNET), con dos fotografías recientes tamaño infantil y copia del cuestionario médico (este procedimiento se aplica a cada uno de los miembros de su familia inscritos en el seguro) posterior a la presentación de los documentos se certificará la fotografía, firma y/o huella del derechohabiente y se le asignará consultorio médico y turno. A partir de este momento su trámite de inscripción al seguro social quedó concluido y podrá hacer uso de los servicios a partir del inicio de su vigencia.

4. Para que no haya interrupción de los servicios médicos, tiene que renovar el seguro durante los 30 días anteriores al término de la vigencia de su aseguramiento. Si la renovación no se efectúa antes del término de la vigencia será dado de baja, su aseguramiento se considerará como no renovado. Para contar otra vez con los servicios médicos deberá contratar nuevamente, debiéndose llenar los cuestionarios médicos y le aplicarán las restricciones, relativas a la preexistencia de padecimientos y tiempos de espera para recibir atención médica en casos de parto y cirugías.

5. El Instituto Mexicano del Seguro Social puede solicitar en cualquier momento documentos que comprueben el parentesco de los familiares inscritos.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA.

1. Será excluido del aseguramiento familiar, el titular del núcleo familiar asegurado, el beneficiario o familiar adicional que presente:

- Alguna enfermedad preexistente tales como: tumores malignos; enfermedades crónicas degenerativas como: complicaciones tardías de la diabetes mellitus; enfermedad por atesoramiento (enfermedad de gaucher); enfermedades crónicas del hígado; insuficiencia renal crónica; valvulopatías cardíacas, insuficiencia cardíaca; secuelas de cardiopatía isquémica (arritmia, ángor o infarto al miocardio); enfermedad pulmonar obstructiva crónica con insuficiencia respiratoria; enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y periférico y secuelas de enfermedad vascular cerebral; insuficiencia vascular periférica; entre otras.
- Enfermedades sistemáticas crónicas del tejido conectivo.
- Adicciones como alcoholismo y otras toxicomanías.
- Trastornos mentales como psicosis y demencias.
- Enfermedades congénitas.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH positivo.
- Secuelas de lesiones musculoesqueléticas o neurológicas de origen traumático que ameriten tratamiento.

2. No se proporcionarán los servicios institucionales, durante los tiempos que se señalan, al titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios o sus familiares adicionales por los padecimientos y tratamientos siguientes:

Seis meses:

Tumoración benigna de mama.

Diez meses:

Parto.

Un Año:

Litotripcia; cirugía de padecimientos ginecológicos, excepto neoplasias malignas de útero, ovarios y piso perineal; cirugía de insuficiencia venosa y várices; cirugía de senos paranasales y nariz; cirugía varicocele; hemorroidectomía y cirugía de fistulas rectales y prolapso del recto; amigdalectomía y adenoidectomía; cirugía de hernias, excepto hernias de disco intervertebral; cirugía del hallux valgus; cirugía de estrabismo.

Dos años:

Cirugía ortopédica.

Estos tiempos serán computados a partir de la fecha en que el titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios y sus familiares adicionales queden inscritos ante el IMSS. Transcurridos los mismos, podrán hacer uso de los servicios institucionales. Esto no limita que se haga uso de los servicios médicos por otro padecimiento o tratamiento diverso.

3. El seguro de salud para la familia no cubre:

Cirugía estética; adquisiciones de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos; cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía; tratamiento de lesiones autoinfligidas e intento de suicidio; tratamiento de lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte de riesgo físico; examen preventivo solicitado por el titular de núcleo familiar asegurado, beneficiarios o familiares adicionales; tratamientos de trastornos de conducta y aprendizaje; tratamientos dentales, excepto extracciones, obturaciones y limpieza; otorgamiento de órtesis, prótesis y aditamentos especiales; tratamientos quirúrgicos o médicos de corrección de alteraciones de la fertilidad de la pareja

4. La prestación de los servicios derivados de este seguro tendrá una vigencia de 12 meses contados a partir de la fecha de inicio de servicios que será, el día primero del siguiente mes de su inscripción. Sus familiares beneficiarios y adicionales recibirán atención médica en la unidad médica de adscripción más cercana a su domicilio y el asegurado, en la que determine al momento de inscribirse. Si dicha unidad no se encuentra en la localidad de residencia, el IMSS NO estará obligado al traslado del paciente de su domicilio a la clínica. Cuando el Instituto determine la necesidad de trasladar algún paciente a otra unidad médica, se realizará en los términos que señala el Reglamento de Traslado de Pacientes.

5. El aseguramiento terminará por vencimiento de la anualidad contratada si no se renueva dentro de los treinta días anteriores a la fecha de vencimiento de la anualidad contratada. De no realizarse la renovación en el plazo anterior, se considerará como inscripción inicial, siendo aplicables los tiempos de espera, las limitaciones en cuanto a la preexistencia de enfermedades y el requerido del cuestionario médico.

6. Podrá darse por terminado anticipadamente el aseguramiento sin responsabilidad para el Instituto, únicamente respecto del sujeto o sujetos que incurran en alguno de los siguientes supuestos:

I. Haga uso indebido del documento que compruebe la calidad de asegurado (CARNET) sin perjuicio de que el Instituto pueda cobrar la atención médica que se otorgó sin tener derecho a ella. En estos casos el titular del núcleo familiar asegurado propietario de la documentación, será solidariamente responsable de las consecuencias que genere el mal uso del documento.

II. Si durante el primer año de vigencia del aseguramiento, se presenta alguna de las enfermedades señaladas como preexistentes y no hubiera sido declarada por el titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios legales o familiares adicionales al momento de llenar el cuestionario médico respectivo.

ACEPTO LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS

Después de leer y llenar el formato de inscripción, bajo protesta de decir verdad, suscribo el presente y acepto mi incorporación al Instituto Mexicano del Seguro Social en los términos que indica el Reglamento del Seguro de Salud para la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de junio de 1997.

FIRMA DEL TITULAR DEL SEGURO