

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 1997
Última reforma publicada DOF 08 de julio de 2000

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89 fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 240 a 245 de la Ley del Seguro Social, 27, 31 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y SUJETOS DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

ARTÍCULO 1. El seguro de salud para la familia garantiza a los sujetos protegidos por el mismo, el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, durante el periodo cubierto por la cuota correspondiente, en los términos y condiciones que se establecen en este Reglamento.

ARTÍCULO 2. Para la aplicación de este Reglamento se entenderá por:

- I. Ley. La Ley del Seguro Social.
- II. Instituto. El Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTÍCULO 3. Podrán ser sujetos del seguro de salud para la familia:

- I. Los comprendidos en el artículo 13 y 218 de la Ley;
- II. Los trabajadores mexicanos que se encuentran laborando en el extranjero en los términos del capítulo VI de este Reglamento, y
- III. Todos aquellos no comprendidos en las fracciones anteriores y que no estén sujetos a un régimen obligatorio en algún sistema de seguridad social.

ARTÍCULO 4. Los sujetos amparados por el seguro de salud para la familia son el titular del núcleo familiar asegurado y sus beneficiarios legales, quienes podrán ser:

- I. El cónyuge o a falta de éste la concubina o el concubinario del titular del núcleo familiar asegurado;

Estos sujetos deberán cumplir el requisito de dependencia económica respecto del titular del núcleo familiar asegurado;

- II. Los hijos del titular del núcleo familiar asegurado hasta la edad de dieciséis años o hasta los veinticinco, cuando realicen estudios en planteles del Sistema Educativo Nacional;
- III. Los hijos del titular del núcleo familiar asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, contraído en fecha posterior a la contratación inicial del seguro y mientras permanezca vigente éste, y

IV. El padre y la madre del titular del núcleo familiar asegurado que vivan en el hogar de éste y que dependan económicamente del mismo.

ARTÍCULO 5. Los familiares adicionales a que se refiere el párrafo segundo del artículo 241 de la Ley para los efectos de este Reglamento son: los abuelos, nietos, hermanos, primos hermanos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres del titular del núcleo familiar asegurado que vivan en el hogar de éste y dependan económicamente del mismo. Siempre que reúnan estas dos últimas condiciones, los hijos del cónyuge, concubina o concubinario del titular del núcleo familiar asegurado, procreados en anteriores matrimonios o uniones, podrán incorporarse a este seguro como familiares adicionales.

Serán considerados también como familiares adicionales, los hijos del titular del núcleo familiar asegurado mayores de dieciséis años de edad, que vivan y dependan económicamente de él y que al momento de la inscripción, no se encuentren estudiando en planteles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el extranjero.

ARTÍCULO 6. Para los efectos de la inscripción de beneficiarios legales y familiar adicional, el Instituto solicitará la documentación legal que compruebe la relación de parentesco con el titular del núcleo familiar asegurado, así como cualquier otra documentación que requiera.

ARTÍCULO 7. Para los efectos de la inscripción en este seguro, también será considerado titular del núcleo familiar asegurado, aquel sujeto que al momento de inscribirse carezca de familia.

CAPÍTULO II

DE LA CONTRATACIÓN, INSCRIPCIÓN E INICIO DE SERVICIOS

ARTÍCULO 8. La contratación del seguro de salud para la familia podrá efectuarse en forma individual o colectiva, ya sea directamente o a través de un apoderado o representante legal, debiendo comprender, en el caso de la colectiva, un mínimo de veinticinco núcleos familiares.

ARTÍCULO 9. El titular del núcleo familiar sólo podrá ser titular de un convenio.

ARTÍCULO 10. Previamente al aseguramiento, el titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios legales y los familiares adicionales deberán llenar en forma individual y firmar personalmente el cuestionario médico que para tal efecto le será proporcionado por el Instituto. En el caso de los menores de edad o discapacitados, el llenado y firma del cuestionario estará a cargo del padre o tutor.

El contratante, sus familiares beneficiarios legales así como los familiares adicionales, se someterán a los exámenes y estudios que el Instituto determine.

ARTÍCULO 11. No será sujeto de aseguramiento, el titular del núcleo familiar, el beneficiario o familiar adicional, que presente:

I. Alguna enfermedad preexistente, tales como: tumores malignos; enfermedades crónico degenerativas como: complicaciones tardías de la diabetes mellitus; enfermedades por atesoramiento (enfermedad de gaucher); enfermedades crónicas del hígado; insuficiencia renal crónica; valvulopatías cardíacas; insuficiencia cardíaca; secuelas de cardiopatía isquémica (arritmia, ángor o infarto del 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;

II. Enfermedades sistémicas crónicas del tejido conectivo; adicciones como alcoholismo y otras toxicomanías; trastornos mentales como psicosis y demencias; enfermedades congénitas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH positivo, y

III. Secuelas de lesiones musculoesqueléticas o neurológicas de origen traumático que ameriten tratamiento.

Cuando el titular del núcleo familiar sea excluido como sujeto de aseguramiento, cualquier otro miembro de ese núcleo familiar podrá fungir como tal, para efectos de la contratación respectiva.

ARTÍCULO 12. No se proporcionarán los servicios institucionales, al titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios legales o su familiar adicional, durante los tiempos y por los padecimientos y tratamientos siguientes:

TIEMPOS:

I. Seis meses:

Tumoración benigna de mama;

II. Diez meses:

Parto;

III. Un año:

a) Litotripcia.

b) Cirugía de padecimientos ginecológicos, excepto neoplasias malignas de útero, ovarios y piso perineal.

c) Cirugía de insuficiencia venosa y várices.

d) Cirugía de senos paranasales y nariz.

e) Cirugía de varicocele.

f) Hemorroidectomía y cirugía de fístulas rectales y prolapso de recto.

g) Amigdalectomía, adenoidectomía.

h) Cirugía de hernias, excepto hernia de disco intervertebral.

i) Cirugía de hallux valgus.

j) Cirugía de estrabismo, y

IV. Dos años:

Cirugía ortopédica.

Estos tiempos serán computados a partir de la fecha en que el titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios legales o su familiar adicional queden inscritos ante el Instituto. Transcurridos los mismos, podrán hacer uso de los servicios institucionales respecto de los padecimientos y tratamientos antes señalados.

La restricción para la prestación de los servicios institucionales respecto de los padecimientos y tratamientos enunciados en este artículo, no limita que el titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios legales o familiar adicional, hagan uso de dichos servicios por otro padecimiento o tratamiento diverso.

ARTÍCULO 13. El seguro de salud para la familia no cubre:

- a) Cirugía estética.
- b) Adquisiciones de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
- c) Cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía.
- d) Tratamiento de lesiones autoinfligidas e intento de suicidio.
- e) Tratamiento de lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte con riesgo físico.
- f) Examen médico preventivo solicitado por el titular del núcleo familiar asegurado, beneficiarios legales o familiar adicional.
- g) Tratamientos de trastornos de conducta y aprendizaje.
- h) Tratamientos dentales, excepto extracciones, obturaciones y limpieza.
- i) Otorgamiento de órtesis, prótesis y aditamentos especiales.
- j) Tratamientos quirúrgicos o médicos para corrección de alteraciones de la fertilidad de la pareja.

ARTÍCULO 14. El asegurado que cause baja en el régimen obligatorio podrá inscribirse en este seguro, sin que le sean aplicables las disposiciones señaladas en los artículos 10, 11 y 12 de este Reglamento, siempre y cuando hubiera cotizado cincuenta y dos semanas anteriores a la fecha de la baja en el régimen mencionado, y que solicite su inscripción dentro del plazo de doce meses posteriores a dicha baja.

A los familiares beneficiarios del asegurado que cause baja en el régimen obligatorio, que cumpla con las semanas de cotización señaladas en el párrafo anterior no les serán aplicables las disposiciones contenidas en los artículos 10, 11 y 12 de este Reglamento.

ARTÍCULO 15. La contratación colectiva se llevará a cabo mediante la celebración de un convenio, que deberá contener:

- I. Sujetos de aseguramiento;
- II. Nombre de la agrupación legalmente constituida y que estará obligada a pagar la anualidad, o en su caso, la parcialidad correspondiente;
- III. Prestaciones y reglas relativas a su otorgamiento;
- IV. Procedimientos de inscripción y pago de cuotas;
- V. Causas de terminación del convenio;
- VI. Sanciones, y
- VII. Todas aquellas estipulaciones que se estimen necesarias.

ARTÍCULO 16. La inscripción del titular del núcleo familiar asegurado, de sus beneficiarios legales o familiares adicionales, se podrá realizar en cualquier día hábil del año.

Tratándose de contrataciones colectivas, el convenio que señala el artículo que antecede, deberá firmarse por el representante de la agrupación respectiva y el Instituto. La primera inscripción deberá efectuarse dentro de los treinta días posteriores a la firma del convenio.

ARTÍCULO 17. La prestación de servicios derivados de este seguro tanto en inscripciones individuales como colectivas, tendrá una vigencia de doce meses contados a partir de la fecha del inicio de los mismos.

ARTÍCULO 18. El inicio de los servicios institucionales de este seguro en contrataciones individuales será el día primero del mes calendario siguiente al de la inscripción.

Para el caso de las contrataciones colectivas, será a partir del día primero del mes calendario siguiente al vencimiento del período señalado en el artículo 16 de este Reglamento. Las nuevas inscripciones de miembros del mismo grupo contratante, se realizarán en cualquier día hábil del año, en los formularios correspondientes, iniciándose la vigencia el día primero del mes calendario siguiente al de la inscripción.

ARTÍCULO 19. La renovación del aseguramiento tanto individual como colectiva, se realizará dentro de los treinta días anteriores a la fecha de vencimiento de la anualidad contratada, mediante la presentación ante el Instituto de los formularios correspondientes.

De no realizarse la renovación en el plazo anterior, se considerará la subsecuente inscripción como inicial, salvo el caso previsto en el artículo 23 de este Reglamento.

ARTÍCULO 20. A los hijos del titular del núcleo familiar, nacidos durante la vigencia del seguro, no les serán aplicables las disposiciones señaladas en los artículos 10, 11 y 12 de este Reglamento, teniendo derecho a recibir de manera inmediata los servicios institucionales.

ARTÍCULO 21. Para el caso de las inscripciones de los familiares adicionales, el primer pago que se realice, cubrirá el período proporcional que corresponda entre la fecha de inicio de la prestación de servicios institucionales y la fecha en que vence la anualidad contratada del seguro del titular del núcleo familiar asegurado.

ARTÍCULO 22. Si el titular del núcleo familiar no efectúa la renovación del aseguramiento en el plazo establecido en el artículo 19 de este Reglamento, el familiar adicional que ya hubiere estado inscrito podrá optar por contratar su aseguramiento como titular, sin que le sea aplicable lo establecido en los artículos 10, 11 y 12 de este Reglamento.

Asimismo, cuando el titular del núcleo familiar asegurado, ingrese al régimen obligatorio del seguro social, el aseguramiento del familiar adicional no perderá sus características.

ARTÍCULO 23. El Consejo Consultivo Delegacional respectivo podrá autorizar el pago extemporáneo de la renovación del aseguramiento dentro de un plazo de sesenta días posteriores al vencimiento, cuando el titular del núcleo familiar asegurado, sus beneficiarios legales o, en su caso, el familiar adicional, hubieran adquirido alguna enfermedad durante el período de aseguramiento y que requiera continuidad en su atención médica.

CAPÍTULO III

DE LAS CUOTAS

ARTÍCULO 24. Las cuotas por el seguro de salud para la familia deberán cubrirse por anualidad adelantada y se determinarán aplicando el veintidós punto cuatro por ciento al monto anual del salario mínimo general diario que rija en el Distrito Federal al momento de la contratación.

Para calcular el monto anual, se multiplicará la cuota diaria del salario mínimo en vigor por trescientos sesenta y cinco días.

En el caso de las contrataciones colectivas, el Instituto, en atención a las características de orden económico y de organización de los grupos solicitantes, podrá autorizar una periodicidad diferente en el pago de las cuotas. El Instituto suspenderá el otorgamiento de las prestaciones relativas cuando se deje de cubrir una de las parcialidades acordadas.

ARTÍCULO 25. Respecto de los familiares adicionales señalados en el artículo 5 de este Reglamento, se pagará por cada uno de ellos una cuota equivalente al sesenta y cinco por ciento de la que corresponda a este seguro, misma que se calculará conforme a lo dispuesto por el artículo que antecede.

ARTÍCULO 26. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente por cada núcleo familiar asegurado y por cada familiar adicional asegurado, una cuota diaria equivalente al trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal vigente a la fecha de entrada en vigor de la Ley. La cantidad inicial que resulte se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

ARTÍCULO 27. En ninguno de los casos de terminación del aseguramiento antes del vencimiento del periodo cubierto por las cuotas, el Instituto hará devolución de las cantidades pagadas.

CAPÍTULO IV

DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 28. El Instituto proporcionará las prestaciones a que se refiere el artículo 1 de este Reglamento, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias que rijan el otorgamiento de los servicios médicos en el régimen obligatorio del Seguro Social.

El Instituto otorgará a la titular del núcleo familiar asegurado, o a la esposa o concubina del titular del núcleo familiar asegurado, durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones en especie que se señalan en la Ley.

ARTÍCULO 29. Las prestaciones médicas serán otorgadas en la unidad médica de adscripción que corresponda al domicilio del asegurado. Si dicha unidad no se encuentra en la localidad donde resida el asegurado, el Instituto no estará obligado al traslado del paciente de su domicilio a su unidad de adscripción, ni a efectuar visitas médicas al domicilio del paciente.

En caso de que el Instituto determine la necesidad de enviar a un asegurado de su clínica de adscripción a otra localidad, se realizará en los términos que señala el Reglamento de Servicios Médicos.

CAPÍTULO V

DE LA TERMINACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

ARTÍCULO 30. El aseguramiento terminará por vencimiento de la anualidad contratada si no se renueva dentro del plazo señalado en el artículo 19 de este Reglamento.

ARTÍCULO 31. Podrá darse por terminado anticipadamente el aseguramiento sin responsabilidad para el Instituto, únicamente respecto del sujeto o sujetos que incurran en alguno de los supuestos siguientes:

I. Haga uso indebido del documento que compruebe la calidad de asegurado, 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, y

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 familiar adicional al momento de llenar el cuestionario respectivo.

CAPÍTULO VI

TRABAJADORES MEXICANOS EN EL EXTRANJERO

ARTÍCULO 32. Pueden contratar el seguro de salud para la familia los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero o sus familiares residentes en la República Mexicana; la protección de este seguro se extenderá a los familiares de éstos que residan en el territorio nacional y a los propios trabajadores cuando se ubiquen en éste.

ARTÍCULO 33. Para que proceda la contratación, el solicitante deberá manifestar al Instituto que vive en el extranjero.

ARTÍCULO 34. La contratación del seguro de salud para la familia, de los sujetos comprendidos en este capítulo podrá realizarse en cualquier fecha mediante el llenado del formato de solicitud establecido, pagando en forma anticipada la cuota correspondiente.

La prestación de los servicios institucionales se iniciará el día primero del siguiente mes calendario al de la inscripción.

Las renovaciones se deberán efectuar dentro del plazo establecido en el artículo 19 de este Reglamento.

ARTÍCULO 35. En razón de las condiciones de residencia de los sujetos comprendidos en este capítulo, para ser considerados como beneficiarios legales del titular del núcleo familiar asegurado, sólo deberán comprobar que dependen económicamente de aquél quedando exentos del requisito de convivencia. Esta excepción también se aplicará para los familiares adicionales.

ARTÍCULO 36. El derecho a los servicios médicos de los hijos mayores de dieciséis años y hasta los veinticinco, de trabajadores mexicanos asegurados que laboren en el extranjero, que se encuentren estudiando fuera del país en planteles educativos equiparables a los del Sistema Educativo Nacional, se sujetará a las bases que para tal efecto expida el Consejo Técnico.

ARTÍCULO 37. Independientemente del lugar de contratación del seguro de salud para la familia, los servicios médicos se proporcionarán a los beneficiarios legales o familiares adicionales en la unidad médica de adscripción que corresponda a su domicilio. El titular del núcleo familiar asegurado que viva en el extranjero y sus familiares beneficiarios que residan con él, podrán solicitar los servicios médicos institucionales en cualquier unidad médica del país.

ARTÍCULO 38. Los trabajadores, a que se refiere este capítulo para efecto de contratar el seguro de salud para la familia, pagarán la prima a que se refiere el artículo 243 de la Ley.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 39. El sujeto del seguro de salud para la familia que ingrese o reingrese al Régimen Obligatorio del Seguro Social, al ser dado de baja de este último régimen, en caso de que se encuentre vigente su anualidad, continuará en el seguro de salud para la familia hasta el cumplimiento del plazo contratado.

ARTÍCULO 40. El asegurado que esté inscrito en la continuación voluntaria del régimen obligatorio podrá además contratar el seguro de salud para la familia.

ARTÍCULO 41. Los convenios colectivos en este seguro podrán ser autorizados por los Delegados del Instituto, en el ámbito de sus respectivas circunscripciones territoriales y deberán sujetarse a lo dispuesto en este Reglamento.

ARTÍCULO 42. La interpretación para efectos administrativos de los preceptos de este reglamento corresponderá al Consejo Técnico del Instituto.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Reglamento entrará en vigor el primero de julio de mil novecientos noventa y siete.

SEGUNDO. A la entrada en vigor de este Reglamento continuarán vigentes las contrataciones individuales del seguro facultativo, hasta el vencimiento del plazo contratado.

Los contratos colectivos celebrados por tiempo indeterminado quedarán sin efectos el día 31 de agosto de 1997.

Antes del vencimiento del plazo establecido en los contratos o dentro del término antes señalado para los contratos por tiempo indeterminado, los titulares podrán celebrar convenio con el Instituto para el disfrute del seguro de salud para la familia.

De igual manera podrá celebrarse convenio en aquellos casos en que se encuentre vencido el plazo convenido.

No serán aplicables los supuestos señalados en los artículos 10, 11 y 12 de este Reglamento para aquellos sujetos que hubieran tenido contratado el seguro facultativo en el año inmediato anterior, a la entrada en vigor de este Reglamento.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintisiete días del mes de junio de mil novecientos noventa y siete.- **Ernesto Zedillo Ponce de León.**- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Emilio Chuayffet Chemor.**- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Guillermo Ortiz Martínez.**- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Juan Ramón de la Fuente Ramírez.**- Rúbrica.