



Trámites relativos a Instituciones de Seguros Autorizadas a Operar los Seguros del Ramo de Salud

Inscrito en el Registro Federal de Trámites y Servicios: 12 de diciembre de 2000
Publicación en el Diario Oficial de la Federación: 19 de diciembre de 2000

HOMOCLAVE: SSA-06-010

I. NOMBRE DEL TRÁMITE:

1.1 Solicitud de dictamen definitivo.

IV. MANERA DE PRESENTAR EL TRÁMITE (ESCRITO LIBRE, FORMATO U OTRA):

- 4.1 El trámite debe presentarse en formato.
- 4.2 El trámite se debe realizar en forma personal o por representante legal.

V. FORMATO CORRESPONDIENTE AL TRÁMITE, EN SU CASO, Y SU FECHA DE PUBLICACION EN EL DOF:

5.1 Solicitud de dictamen definitivo, publicado el 19 de diciembre de 2000 en el DOF.
(Formato actualizado publicado en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2015, disponible en la página gob.mx o catalogonacional.gob.mx)

VI. DATOS Y DOCUMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN CONTENER O SE DEBEN PROPORCIONAR CON EL TRÁMITE, ADEMÁS DE LOS DATOS Y DOCUMENTOS A QUE SE REFIEREN LOS ARTÍCULOS TERCERO DE ESTE ACUERDO Y EL 15 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (LFPA):

6.1 Datos:

6.1.1 No aplica.

6.2 Documentos: se deberá entregar por escrito y medios electrónicos o dispositivos magnéticos la siguiente documentación:

6.2.1 Programa de Capacidad y Suficiencia Actualizado.

- 6.2.1.1 Por cada prestador de servicios se deberá presentar la siguiente información: nombre completo del prestador, dirección y teléfonos, así como las siguientes relaciones de acuerdo a los recursos propios, contratados o ambos:
 - 6.2.1.1.1 Relación de infraestructura:
 - 6.2.1.1.1.1 Número de Hospitales contratados, así como el tipo de contrato con cada uno.
 - 6.2.1.1.1.2 Número de camas censables.
 - 6.2.1.1.1.3 Número de Consultorios Generales.





**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

- 6.2.1.1.4 Número de Consultorios de Especialidad.
- 6.2.1.1.5 Número de Consultorios Odontológicos.
- 6.2.1.1.6 Número de Laboratorios de Análisis Clínicos.
- 6.2.1.1.2 Relación de recursos humanos incluyendo tipo de especialidad así como el universo de beneficiarios para cada uno de ellos.
- 6.2.1.1.2.1 Número de médicos de primer contacto.
- 6.2.1.1.2.2 Número de médicos especialistas y por especialidad.
- 6.2.1.1.2.3 Número de cirujanos dentistas generales y por especialidad.

6.2.2 Programa de Control de la Utilización.

- 6.2.2.1 Presentar guías o protocolos médicos que serán utilizados por sus médicos asegurados sobre los procedimientos médicos más comunes. Dichas guías deberán estar realizadas con base a la metodología de medicina basada en evidencias.
- 6.2.2.2 Programa anual para la actualización de Guías o Protocolos Médicos que contemplen mecanismos para el desarrollo o aprobación de las Guías o Protocolos Médicos que serán utilizados por sus médicos asegurados.

6.2.3 Copia del escrito libre con sello de recibido del trámite de ratificación del Contralor Médico.

6.2.4 Certificación de los Prestadores.

- 6.2.4.1 Presentar el listado de los prestadores de servicios, verificando que cuentan con la certificación necesaria para cada caso. El Director Médico tendrá la responsabilidad directa de participar en el proceso de verificación de credenciales.
- 6.2.4.2 Copia de la Certificación Hospitalaria emitida por el Consejo de Salubridad General de los hospitales propios o contratados.

6.2.5 Planes de Salud.

- 6.2.5.1 Planes de salud que incluyan programas de promoción a la salud y atención preventiva, los que en su caso, deberán apegarse a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas derivadas de la Ley General de Salud.
- 6.2.5.2 En el caso de tener dentro de sus planes acciones preventivas, incluyendo aquéllos con la denominación de plan mínimo o integral, éstos deberán contemplar los programas generales de promoción y prevención, en coincidencia con los implementados por la Secretaría de Salud a través de las Normas Oficiales Mexicanas, tomando en cuenta los programas especiales según grupos de riesgo.





**Subsecretaría de Integración Sectorial y
Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Procesos Normativos en Salud**

VII. PLAZO MÁXIMO QUE TIENE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DESCENTRALIZADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE EN SU CASO Y SI APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA:

7.1 Plazo Máximo:

7.1.1. La resolución debe emitirse dentro de un plazo: 60 días naturales.

7.1.2 La autoridad contará con la mitad del plazo de respuesta para requerir la información faltante.

7.2 Aplica la afirmativa ficta:

7.2.1 No aplica.

7.3 Aplica la negativa ficta.

7.3.1 Sí aplica.

VIII. LAS EXCEPCIONES A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 15ª DE LA LFPA, EN SU CASO:

8.1 No aplica.

NOTA. La Circular Única de Seguros y Fianzas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2014 deja sin efectos las Reglas de Operación para las Instituciones de Seguros Autorizadas a Operar los Seguros del Ramo de Salud, por lo que en los puntos donde se hace referencia a estas, se deberá atender a lo señalado la Circular Única citada.

