

Preguntas Frecuentes Prestaciones de Maternidad

Prestaciones y requisitos generales

1. ¿A qué prestaciones de maternidad tienen derecho las aseguradas?

A prestaciones en especie (artículo 94 de la Ley del Seguro Social):

- I. Asistencia obstétrica.
- II. Ayuda en especie por 6 meses para lactancia.
- III. Una canastilla de artículos de cuidado por cada hijo(a).

A prestaciones en dinero:

- I. Al pago de un subsidio hasta por 84 días, que se calculará con base en el total del último salario registrado ante el Instituto a la fecha de la semana 34 de gestación determinada por el médico del IMSS. Los días de descanso y el importe del pago del subsidio dependerán de la fecha en la cual la asegurada se presente a certificar su embarazo: (a) cuando la asegurada se presente en la semana 34 de gestación, o de la semana 35 al inicio de la 38 de gestación si solicitó y fue procedente la transferencia de semanas, se le otorgará un certificado único de incapacidad por maternidad por 84 días, o (b) cuando la asegurada se presente posterior a la semana 34 de gestación y sin solicitud procedente de transferencia de semanas se le descontarán de la incapacidad los días que la asegurada se presente al Instituto posteriores a la semana 34 de gestación.
- II. En caso de que el parto ocurra sin que la asegurada hubiera acudido a los servicios médicos del Instituto a certificar el estado de embarazo, sólo tendrá derecho a la expedición de un certificado de incapacidad por 42 días que cubra el periodo de descanso postnatal.
- III. El pago de un subsidio por enfermedad general (días de enlace), por concepto de prórroga, cuando el parto suceda con posterioridad a la fecha probable de parto; que se deberá pagar por el número de días en que se haya excedido y se otorgará al término del disfrute del periodo de descanso prenatal y postnatal que identifica y ampara el certificado único.

2. ¿Cuáles son los requisitos para poder obtener las prestaciones de maternidad?

Para tener derecho a las prestaciones en especie se requiere que la trabajadora se encuentre inscrita como asegurada en el régimen obligatorio ante el Instituto. Para tener acceso es indispensable que esté adscrita a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda de acuerdo a su domicilio y asignada a un consultorio médico.

Para tener derecho a las prestaciones en dinero la asegurada deberá cumplir con los siguientes requisitos (artículo 102 de la Ley del Seguro Social):

- I. Que haya cubierto por lo menos 30 cotizaciones semanales en el periodo de 12 meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio;
- II. Que se haya certificado por el Instituto el embarazo y la fecha probable del parto, y
- III. Que no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante los periodos anteriores y posteriores al parto.

Si la asegurada desea solicitar la transferencia de 1 hasta 4 semanas del periodo prenatal al postnatal, en congruencia con la fracción II, del artículo 170, de la Ley Federal del Trabajo, deberá llenar la solicitud correspondiente emitida por los servicios médicos del IMSS. Dicha solicitud debe reflejar el consentimiento del patrón (o de los patrones) y la autorización del médico institucional.

Beneficios del nuevo procedimiento

3. ¿Qué beneficios se obtienen con estos cambios en la expedición del certificado?

- I. Las aseguradas embarazadas podrán transferir de 1 hasta 4 semanas del periodo de descanso prenatal al descanso postnatal, cumpliendo con los requisitos previstos.
- II. A todas las aseguradas embarazadas se les expedirá un certificado único de incapacidad hasta por 84 días, el cual amparará los periodos prenatal y postnatal. Asimismo, la asegurada, de cumplir con los requisitos de la Ley, cobrará el importe del subsidio por el total de días que ampara el certificado en una sola exhibición.
- III. Las aseguradas embarazadas que decidan no atenderse en el Instituto deberán acudir únicamente en una sola ocasión a la clínica que les corresponda.
 - Tendrán que presentarse en la semana 34 de gestación con su médico familiar a que se les expida el certificado de incapacidad correspondiente, y de ser necesario se certifique el embarazo.
 - Si solicitan transferencia de semanas y cumplen con los requisitos, se les citará en una fecha posterior para la expedición del certificado único de incapacidad.

4. ¿Los certificados de incapacidad prenatal y postnatal se dejarán de expedir y serán sustituidos por el certificado único de incapacidad?

Efectivamente. Antes, se expedían dos certificados de incapacidad: prenatal y postnatal. Ahora, se expedirá el certificado único de incapacidad por maternidad que ampara ambos periodos (prenatal y postnatal) y puede ser expedido hasta por 84 días en una sola visita.

Atención médica

5. ¿Cómo se certifica el estado de embarazo?

El personal médico de la Unidad de Medicina Familiar certificará el embarazo mediante el interrogatorio, exploración física y exámenes de laboratorio y/o gabinete.

6. ¿Quién está facultado para certificar el estado de embarazo por parte del Instituto?

El personal médico de la Unidad de Medicina Familiar responsable de proporcionar atención médica y elaborar el diagnóstico de embarazo.

7. Si la asegurada decide atenderse en el IMSS, ¿cuándo deberá presentarse con el médico tratante?

La asegurada que decida llevar el control prenatal en el Instituto deberá acudir con el médico de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda a que éste certifique el estado de embarazo una vez que sospeche que se encuentra embarazada.

Si la asegurada desea solicitar la transferencia de 1 hasta 4 semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal deberá hacérselo saber al médico familiar para su consideración. De cumplir con los requisitos para tal fin (enlistados en la pregunta 15), el médico le indicará en qué fecha tendrá que regresar para la expedición del certificado único de incapacidad, dado el número de semanas que solicite transferir.

8. Si la asegurada decide su atención de forma externa, ¿cuándo deberá presentarse con el médico del Instituto?

La asegurada que decida atenderse en hospitales o instituciones externas al Instituto, únicamente deberá acudir en una sola ocasión, cualquier día dentro de la semana 34 de gestación dictaminada por su médico particular, con el médico de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda. El médico familiar procederá a expedirle el certificado único de incapacidad por maternidad (el cual ampara tanto el periodo prenatal como el postnatal), y de ser necesario certificará el embarazo.

Es altamente recomendable que, previo a esta visita, la asegurada esté adscrita a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda de acuerdo a su domicilio y tenga asignado consultorio médico, para poder recibir los servicios médicos del Instituto. Se puede dar de alta en la clínica a través del portal del IMSS, en el apartado de “servicios digitales”, o mediante la app IMSS Digital para dispositivos móviles.

En caso de que la asegurada solicite la transferencia de 1 hasta 4 semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal, y cumpla con los requisitos establecidos para tal fin (enlistados en la pregunta 15), el médico familiar le indicará cuándo debe regresar para que se le expida el certificado único de incapacidad, considerando el número de semanas que solicite transferir.

Por otro lado, si el parto ocurre sin que la asegurada hubiera acudido a los servicios médicos del Instituto a certificar el estado de embarazo, sólo tendrá derecho a la expedición de un certificado de incapacidad por 42 días que cubra el periodo de descanso postnatal y a las prestaciones en especie que correspondan a partir del momento en que haya acudido.

9. ¿Qué requisitos debe cumplir la asegurada que decida no atenderse en el IMSS para obtener su incapacidad?

La asegurada deberá acudir cualquier día dentro de la semana 34 de gestación para que se le expida el certificado único de incapacidad o para solicitar la transferencia de semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal. Asimismo, deberá presentarse con lo siguiente:

- I. Documento en el que se muestre su Número de Seguridad Social.
- II. Identificación oficial.
- III. Ultrasonido reciente (con una vigencia máxima de 5 semanas anteriores a la consulta).

10. ¿El ultrasonido tiene que ser realizado en el IMSS?

El ultrasonido puede realizarse tanto en el IMSS como en hospitales o instituciones externas al Instituto. Si se lleva a cabo fuera del IMSS, se deberá presentar la imagen del estudio y el reporte del estado de embarazo firmado por el médico particular, junto con el número de su cédula profesional. Asimismo, éste deberá tener una vigencia máxima de 5 semanas anteriores a la consulta en la que se presente la asegurada.

11. ¿Qué día de la semana 34 de gestación deberá presentarse la asegurada para la expedición de su certificado único de incapacidad?

La asegurada podrá presentarse cualquier día de la semana 34 de gestación a que se le expida el certificado único de incapacidad por 84 días de descanso. Posterior a ese periodo, y sin solicitud de transferencia de semanas, se considerará como una visita extemporánea y el cómputo del periodo prenatal se contabilizará a partir del día en que se presente y hasta la fecha probable de parto; en suma, se le otorgarán los 42 días del periodo postnatal.

La semana 34 de gestación no necesariamente tiene que iniciar en lunes; ésta comienza 42 días anteriores a la fecha probable de parto determinada por el médico. Por consiguiente, si ésta inicia en miércoles, la asegurada podrá presentarse a partir de ese día y hasta el martes de la siguiente semana para que no se considere como una asistencia extemporánea.

12. ¿Qué se considera como control prenatal y cuándo inicia?

Se refiere a la atención médica periódica que recibe la mujer una vez que se ha certificado el embarazo, con la finalidad de vigilar la presencia de signos o síntomas que puedan complicar la gestación, así como realizar acciones preventivas específicas en esta etapa de la vida reproductiva. El médico tratante puede determinar que hubo control prenatal, tanto si fue provisto por los servicios institucionales como si lo fue por servicios externos.

13. ¿Qué debe hacer la asegurada cuando la fecha probable de parto determinada por el médico del Instituto no concuerde con la establecida por su médico particular? ¿Es posible cambiarla o solicitar revaloración del caso?

La asegurada deberá solicitar al médico familiar la reconsideración de la fecha probable de parto señalada inicialmente, con base en la valoración de los estudios presentados.

Si persiste la inconformidad, la asegurada podrá acudir con el Jefe del Departamento Clínico para la revaloración del caso. Sin embargo, la incapacidad se expide en la semana 34 de gestación con base en la fecha probable de parto calculada con el día de la última menstruación, apoyada en el resultado de un estudio de ultrasonido obstétrico reciente. Por lo tanto, con estos elementos, el médico de la Unidad de Medicina Familiar tiene la capacidad de decidir la fecha de expedición de la incapacidad, que podrá no coincidir con la que se pudiera estimar a partir de la fecha probable de parto establecida por el médico particular.

De no tener lugar el parto en la fecha probable establecida por el médico del Instituto, los días posteriores se cubrirán con incapacidad de enlace, expidiéndose éstos al término de la incapacidad única.

Transferencia de semanas

14. ¿Cómo y dónde solicita la asegurada la transferencia de semanas?

La asegurada podrá acudir a su Unidad de Medicina Familiar en donde la orientarán sobre la gestión y le proporcionarán el formato de solicitud de transferencia de semanas, o si lo prefiere podrá ingresar al portal del IMSS en el cual estarán disponibles el formato y la información correspondiente. Con la solicitud debidamente llenada y cumpliendo los requisitos previstos, la trabajadora deberá solicitar la transferencia cuando se presente en la semana 34 de gestación a la consulta con su médico familiar.

15. ¿Qué requisitos debe cumplir la asegurada para realizar la transferencia de semanas?

- I. Llenar el formato de solicitud de transferencia de semanas.
- II. Contar con la anuencia de su(s) patrón(es) para transferir semanas de descanso del periodo prenatal al postnatal.
- III. Contar con la autorización del médico institucional.

Asimismo, la asegurada debe estar vigente en el IMSS y presentarse en la semana 34 de gestación con su médico familiar y con el formato debidamente llenado, sólo dejando pendiente el apartado de los datos del médico del IMSS que será quien autorice o no la transferencia. En la consulta el médico dictaminará clínicamente si la asegurada está en condiciones de llevar a cabo la transferencia de semanas, y de ser necesario certificará el estado de embarazo. De ser procedente la solicitud, se le indicará a la asegurada la nueva fecha en la que deberá regresar para que se le expida su certificado único de incapacidad, considerando las semanas a diferir.

Es altamente recomendable que, previo a la visita de la semana 34 de gestación, la asegurada esté adscrita a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda de acuerdo a su domicilio y tenga asignado consultorio médico, para poder recibir los servicios médicos del Instituto. Se puede dar de alta en la clínica a través del portal del IMSS, en el apartado de “servicios digitales”, o mediante la app IMSS Digital para dispositivos móviles.

16. Si la asegurada solicita transferencia de semanas, ¿cuándo deberá presentarse para la expedición de su certificado único de incapacidad?

La asegurada deberá presentarse dentro de la semana 34 de gestación con su médico familiar, a efecto de que éste dictamine clínicamente si está en condiciones de llevar a cabo la transferencia de semanas, y de ser necesario certifique el estado de embarazo. De cumplir con los requisitos necesarios, el médico le indicará cuándo deberá regresar, dentro de las semanas 35 a 38 de gestación, para que se le expida el certificado único de incapacidad, dependiendo del número de semanas que desee transferir:

- Dentro de la semana 35, para transferir 1 semana.
- Dentro de la semana 36, para transferir 2 semanas.
- Dentro de la semana 37, para transferir 3 semanas.
- Dentro de los 3 primeros días de la semana 38, para transferir 4 semanas.

Si la asegurada se presenta en una fecha posterior a cuando debía iniciar su incapacidad, se considerará como una visita extemporánea. En consecuencia, se respetarán las semanas autorizadas para transferir; sin embargo, el cómputo del periodo prenatal se contabilizará a partir del día en que se presente y hasta la fecha probable de parto. En suma, se le otorgarán los 42 días del periodo postnatal.

17. ¿Por qué motivo se puede negar la transferencia de semanas?

- I. Cuando el médico familiar en la exploración o revisión clínica que efectúe a la asegurada encuentre signos de alerta que impidan la transferencia de semanas solicitadas.
- II. Debido a que el patrón no otorgue su consentimiento para llevarla a cabo. De estar laborando la asegurada con más de un patrón, deberá contar necesariamente con la anuencia de todos para continuar con la gestión.

18. ¿Cuál es la semana máxima en la que la asegurada podrá solicitar la transferencia de semanas?

La asegurada deberá presentarse dentro de la semana 34 de gestación con su médico familiar, a efecto de que éste dictamine clínicamente si está en condiciones de llevar a cabo la transferencia de semanas, y de ser necesario certifique el estado de embarazo. De cumplir con los requisitos necesarios, el médico le indicará cuándo deberá regresar, dentro de las semanas 35 a 38 de gestación, para que se le expida el certificado único de incapacidad, dependiendo del número de semanas que desee transferir.

Si la asegurada se presenta por primera vez después de la semana 34 de gestación, está corriendo el riesgo de que se le haga un ajuste en sus días de descanso, si su solicitud no es procedente o se presenta posterior a cuando debiera iniciar su incapacidad, considerando el número de semanas que solicita transferir. De proceder un ajuste, el certificado de incapacidad sería menor a 84 días. Se respetarán las semanas autorizadas para transferir, en caso de que su solicitud sea procedente; sin embargo, el cómputo del periodo prenatal se contabilizará a partir del día en que se presente y hasta la fecha probable de parto. En suma, se le otorgarán

los 42 días del periodo postnatal. En última instancia, si no acudió a certificar el estado de embarazo previo al día del parto, se le expedirá la incapacidad postnatal sin prenatal, que amparará solamente 42 días de descanso.

La semana máxima, sin penalización, en la que la asegurada podrá solicitar la transferencia de semanas, depende del número de semanas que vaya a transferir:

Semanas a transferir	Semana de gestación sin penalización	Día de inicio de la semana de gestación
1 semana	Semana 35 de gestación	35
2 semanas	Semana 36 de gestación	28
3 semanas	Semana 37 de gestación	21
4 semanas	Los primeros 3 días de la semana 38 de gestación	14

19. ¿Cuál es el procedimiento para obtener el formato debidamente autorizado? ¿Se deberá recabar la anuencia del patrón y posteriormente la del médico, o viceversa? ¿Existe un tiempo para ello? ¿El Instituto dará respuesta el mismo día que se presente la solicitud?

El formato de solicitud de transferencia de semanas se encontrará disponible en el portal de internet del IMSS para su impresión y en las Unidades de Medicina Familiar de forma física. Cuando la asegurada se presente con el médico del Instituto para realizar la solicitud, ya deberá presentar el formato debidamente llenado y sólo dejar pendiente el apartado de los datos del médico del IMSS que será quien autorice o no la transferencia. Por consiguiente, la solicitud ya tendrá que contar con los datos y firma de autorización de su(s) patrón(es) y, si se trata de una asegurada que decidió atenderse de forma externa, con la opinión de su médico particular.

La asegurada, preferentemente, deberá solicitar la transferencia de semanas, dentro de la semana 34 de gestación, con el médico institucional. Si se presenta posteriormente, y no es procedente su solicitud, se le hará un ajuste en sus días de descanso. Asimismo, si se presenta posteriormente, y sí es procedente su solicitud, se le hará un ajuste en sus días de descanso pero se le respetarán sus semanas a transferir.

Finalmente, el médico del IMSS determinará en una consulta, de acuerdo a los documentos presentados y a su estado de salud, si autoriza la transferencia de semanas. De proceder, le dirá a la asegurada cuándo debe regresar para que se le expida su certificado de incapacidad.

20. Si inicialmente la asegurada solicitó sólo la transferencia de una semana, ¿es posible que posteriormente solicite se le transfieran más semanas? De ser así, ¿cuándo y cómo tendría que hacerlo?

No es posible. La asegurada deberá presentarse en la semana 34 de gestación con el médico institucional para solicitar la transferencia de 1 hasta 4 semanas del periodo prenatal al postnatal. Si es procedente la solicitud, dependiendo del número de semanas a transferir, el

médico le indicará cuándo debe regresar para la expedición de su certificado. Si en la siguiente visita la asegurada se presentara con una nueva solicitud, ésta se considerará como improcedente y se le expediría en ese momento su certificado conforme a lo ya previsto.

21. Si inicialmente la asegurada solicitó la transferencia de las 4 semanas que se permiten y éstas fueron autorizadas, pero por su estado de salud debe necesariamente descansar, previo a la fecha programada de inicio de su incapacidad, ¿es posible cancelar la petición y expedir el certificado único de incapacidad antes de lo programado?

Sí, es posible, dado que se debe proteger en todo momento la salud de la asegurada y de su hijo(a). La asegurada deberá acudir nuevamente con el médico de la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda para que la vuelva a valorar médicamente, o bien, si su estado de salud lo impide, podrá solicitar la visita médica a domicilio o a la unidad médica externa en la que se encuentre hospitalizada, a fin de que con elementos necesarios el médico determine sobre la expedición del certificado único de incapacidad.

22. ¿Qué pasa si en la semana 34 de gestación se le autorizó a la asegurada la transferencia de semanas y el parto se adelanta a la fecha programada para la expedición de su certificado único de incapacidad?

Considerando que a la asegurada ya se le autorizó la transferencia de semanas pero que aún no cuenta con su certificado de incapacidad expedido, se le otorgarán los 42 días de descanso del periodo postnatal más el número de días correspondientes a las semanas que previamente se le habían autorizado transferir. Por lo tanto, el certificado único podría amparar de 49 a 70 días, dependiendo del número de semanas que le hubieran sido autorizadas (de 1 hasta 4).

23. En caso de que no proceda autorizar la transferencia de semanas, ¿se le entregará algo por escrito a la asegurada o se dejará constancia en algún documento como el expediente clínico?

En el formato de solicitud de transferencia de semanas, existe un apartado en el que el médico del IMSS debe marcar si autoriza o no dicha transferencia, previa valoración clínica del estado de salud de la asegurada y de la evolución de su embarazo. De esta forma, de ser rechazada la petición, quedaría constancia escrita de que no fue autorizada.

Visitas extemporáneas

24. ¿Qué consecuencias tendrá la asegurada si se presenta después de la semana 34 de gestación a solicitar su incapacidad única por maternidad?

De no requerir transferencia de semanas o si la solicitud no es procedente, el certificado de incapacidad se expedirá por la diferencia de días entre la fecha probable de parto y la fecha en que se presente la asegurada, más los 42 días del periodo posterior al parto.

Si la asegurada solicita transferencia de semanas, habiendo cumplido con los requisitos, y se presenta a que le expidan el certificado en fecha posterior a la semana en que debiera iniciar su incapacidad, los días de disfrute y pago disminuirán de acuerdo a la diferencia de días entre la

fecha probable de parto y la fecha en que se presente la asegurada, más el periodo postnatal considerando las semanas transferidas.

En caso de que la asegurada se presente hasta el día del parto, entonces sólo se le expedirá la incapacidad postnatal sin prenatal, que ampara 42 días de descanso.

25. ¿Se puede expedir un certificado único de incapacidad por maternidad por menos de 84 días? ¿Cuáles serían las razones?

Sí se puede expedir un certificado por menos de 84 días. Los días de descanso y, de ser el caso, el importe del pago del subsidio dependerán de la fecha en que la asegurada se presente por la expedición de su certificado único de incapacidad. Cuando la asegurada se presente posterior a la semana 34 de gestación y sin solicitud procedente de transferencia de semanas se le descontarán de la incapacidad los días que la asegurada se presente al Instituto posteriores a la semana 34 de gestación.

Por otro lado, si solicita transferencia de semanas, habiendo cumplido con los requisitos, y se presenta por el certificado en fecha posterior a la señalada por el médico, los días de disfrute y pago disminuirán de acuerdo a la diferencia de días entre la fecha probable de parto y la fecha en que se presente la asegurada, más el periodo postnatal considerando las semanas transferidas.

Cobro del subsidio

26. ¿Cómo realizará la asegurada el cobro del subsidio correspondiente con este nuevo procedimiento?

El pago del subsidio que le corresponda a la asegurada se determinará de acuerdo al total de días que ampare el certificado único de incapacidad por maternidad, debiendo acudir como actualmente se hace a la sucursal del banco que efectúe el pago de subsidios en la entidad.

27. ¿Cómo se cobra el certificado único de incapacidad por maternidad?

Una vez expedida la incapacidad, la trabajadora puede cobrarla al tercer día hábil en la ventanilla del banco que presta los servicios de pago de subsidios en la entidad. La asegurada deberá presentarse con el original de la "copia - asegurado" del certificado único de incapacidad por maternidad y con una identificación oficial vigente con fotografía y firma.

En caso de que la empresa para la que labore la asegurada tenga celebrado Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios con el IMSS, tendrá que presentar el original de la "copia - patrón" del certificado único de incapacidad en el área de recursos humanos para que se le entregue la prestación. El monto del subsidio se le depositará vía nómina.

28. ¿Tiene alguna vigencia el certificado único de incapacidad por maternidad?

La vigencia de la incapacidad es de un año a partir de la fecha de expedición. Sin embargo, el pago estará disponible en el banco únicamente durante 30 días naturales. Posterior a ese periodo, la trabajadora deberá acudir a los servicios de Prestaciones Económicas de su Unidad de Medicina Familiar a solicitar la reposición del pago.

29. ¿La asegurada necesita abrir una cuenta de cheques con el banco?

La asegurada no tiene la obligación de abrir una cuenta o instrumento bancario para poder cobrar el importe del subsidio correspondiente.

30. ¿Cómo sabe la asegurada si su empresa tiene Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios con el IMSS?

Al formalizar el contrato con la asegurada, la empresa deberá comunicarle que cuentan con Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios con el IMSS. Por consiguiente, en caso de incapacitarse temporalmente para el trabajo, deberá entregar en el área de recursos humanos el original de la “copia - patrón”, con la finalidad de que le sea pagado el subsidio correspondiente a través de la empresa.

De tener alguna duda, la asegurada deberá consultar en recursos humanos si la empresa cuenta con el convenio mencionado. Si no es el caso, deberá acudir a la institución bancaria que le corresponda a efectuar el cobro del subsidio.

31. ¿Qué pasa si la asegurada no cumple con el requisito de al menos 30 cotizaciones semanales en los últimos 12 meses para que se le pague el subsidio?

La asegurada no quedará desprotegida, su patrón tiene la obligación de pagarle su salario íntegro por el tiempo que ampare el certificado único de incapacidad (artículo 103 de la Ley del Seguro Social).

32. Cuándo la asegurada fallece, ¿se tiene derecho a cobrar el subsidio?

Si la asegurada fallece luego de haber cobrado el certificado único de incapacidad, y dentro de los días que éste ampara, se les exhorta a sus familiares a que lo notifiquen al Instituto para que se lleve a cabo la gestión de reembolso correspondiente.

Si la incapacidad fue expedida por el médico tratante y no la cobró la asegurada, los familiares beneficiarios registrados ante el Instituto mayores de 18 años, o su representante acreditado, pueden reclamar el pago de los subsidios en la ventanilla de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar que corresponda a la asegurada. Para ello, deberán presentar lo siguiente:

- I. “Copia – asegurado” de la incapacidad.
- II. Identificación oficial del beneficiario y copia fotostática.
- III. Acta de defunción de la asegurada.

- IV. Documento que avale el parentesco o que acredite la representación de la asegurada.
- V. Documento que contenga el NSS de la asegurada, de preferencia la credencial ADIMSS.
- VI. Resolutivo de negativa o pago de la Ayuda para Gastos de Funeral.

Sólo debe presentarse copia fotostática de la identificación oficial del beneficiario, ya que ésta, junto con el original de la “copia - asegurado” de la incapacidad o volante de pago no cobrados, se quedarán en el expediente del IMSS.

Se requiere que se haya tramitado previamente la Ayuda para Gastos de Funeral, a efecto de cuantificar de forma precisa el pago de subsidios a sus beneficiarios y evitar en lo sucesivo la expedición y cobro de incapacidades, de forma dolosa, de un asegurado fallecido.

El pago del subsidio se cubre hasta el día de la defunción, los días posteriores amparados en el certificado de incapacidad no serán cubiertos.

33. ¿Cómo se deben atender y orientar los casos en los que las aseguradas reportan que fueron víctimas de robo de identidad por una tercera persona, con la finalidad de cobrar el importe de su incapacidad por maternidad?

Se deberá indicar a la asegurada que acuda a presentar un reclamo a la oficina del servicio de Prestaciones Económicas de su Unidad de Medicina Familiar de adscripción por la negativa de pago del subsidio en el banco. Deberá presentar la siguiente documentación:

- I. Escrito con su nombre completo, reseña de los hechos con la información de la incapacidad, folio, lugar de expedición, nombre del médico, así como su domicilio, teléfono de contacto y número, y tipo de la identificación que adjunta.
- II. Original de la “copia – asegurado” del certificado de incapacidad y copia fotostática.
- III. Identificación oficial con fotografía y copia fotostática.
- IV. Documento que contenga NSS, preferentemente credencial ADIMSS y copia fotostática.
- V. Comprobante de domicilio original y copia fotostática.

Los documentos se cotejan y el original de la “copia - asegurado” de la incapacidad se queda en el IMSS para solicitar su aclaración de pago ante el banco.

El Departamento de Supervisión de Prestaciones Económicas de la Delegación solicitará al banco que paga los subsidios en la entidad la aclaración del caso, a efecto de constatar que la asegurada no fue quien cobró el subsidio. Una vez confirmado, se realizará de forma inmediata la reposición de la prestación. Dicho procedimiento tarda alrededor de 20 días naturales, ya que es el tiempo que tiene el banco para proporcionar al IMSS la documentación probatoria del pago requerido en aclaración.

Casos particulares

34. Si a la asegurada se le expidió su incapacidad prenatal por 42 días, previo a que iniciara el nuevo procedimiento, ¿qué debe hacer para que se le expida su incapacidad postnatal y/o sus certificados de enlace? (SÓLO APLICARÁ DURANTE LA TRANSICIÓN)

El médico del IMSS realizará la expedición del certificado de incapacidad postnatal por 42 días y los certificados de enlace por los días que amerite. Sin embargo, para el pago del subsidio, es necesario que la asegurada se presente en los servicios de Prestaciones Económicas de su unidad de adscripción, con su original de la "copia - asegurado" del certificado de incapacidad y su identificación vigente, donde le darán las instrucciones para el cobro de la prestación.

35. ¿Cómo debe expedirse el certificado de incapacidad por maternidad si la asegurada no acudió a los servicios médicos del IMSS a certificar el estado de embarazo antes de la fecha del parto?

Si el parto ocurrió en las instalaciones del Instituto, el médico tratante deberá expedir el certificado por 42 días de descanso (certificado postnatal) previo a su alta médica.

En caso de que el parto no ocurra dentro del IMSS, la asegurada podrá solicitar la expedición del certificado por 42 días de descanso (certificado postnatal) por sí misma o a través de un familiar, debiendo dar aviso de su condición al director o al responsable de la Unidad de Medicina Familiar a la que esté adscrita o a la más cercana al lugar donde se encuentra hospitalizada. Lo anterior en un lapso no mayor a 72 horas a partir de su hospitalización (artículo 145, segundo párrafo, Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS).

36. ¿Qué ocurre cuando el parto se adelanta a la fecha probable de parto determinada por el médico tratante del Instituto?

Los días autorizados en el certificado único de incapacidad por maternidad (que ampara los periodos pre y postnatal) se pagarán íntegros, sin verse afectados los días de descanso prescritos.

37. ¿Qué ocurre cuando el parto se retrasa de la fecha probable de parto determinada por el médico tratante del Instituto?

De tener lugar el parto después de la fecha probable establecida por el médico tratante, los días posteriores se cubrirán con incapacidad por enfermedad general (días de enlace), pagándose al 60% del salario registrado a la semana 34 de gestión y expidiéndose al término de los días autorizados en el certificado único de incapacidad por maternidad.

38. En los casos de muerte fetal, ¿se tiene que realizar algún ajuste al periodo de maternidad?

Si la muerte del producto se presenta habiéndose expedido el certificado único de incapacidad por maternidad, la asegurada gozará de manera íntegra del periodo de descanso y, de cumplir con los requisitos de Ley, del importe del subsidio a otorgar.

En caso de que la muerte fetal ocurra previo a la semana 34 de gestación, se expedirán incapacidades en el ramo de enfermedad general por el tiempo necesario que se requiera para la recuperación de la asegurada. Los servicios de Prestaciones Económicas pagarán el subsidio de acuerdo al ramo de seguro y tipo de incapacidad que expida el médico.

39. En los casos de recién nacidos vivos que posteriormente fallecen (antes del alta hospitalaria), ¿se tiene que expedir incapacidad por maternidad o por enfermedad general y por cuántos días?

En caso de que la asegurada tuviera un recién nacido que falleciera antes del alta hospitalaria, mantiene su derecho a la incapacidad única por maternidad (que cubre los periodos prenatal y postnatal) que previamente le hubiera sido expedida o a la incapacidad postnatal sin prenatal, si no acudió a certificar el estado de embarazo previo al día del parto. De esta forma, la asegurada gozará de manera íntegra tanto del periodo de descanso que ampare el certificado como, de ser el caso, del importe del subsidio.

40. ¿Por embarazo y parto múltiple se tiene alguna prestación adicional?

Para estos casos, la Ley de Seguro Social no contempla una prestación adicional en dinero. Sin embargo, el Instituto otorga la ayuda en especie de lactancia y la entrega de una canastilla de productos de cuidado para cada recién nacido.

Retroactividad

41. Si se requiere solicitar la expedición del certificado único de incapacidad por maternidad o del certificado de incapacidad postnatal sin prenatal de forma retroactiva, ¿qué procedimiento se deberá seguir? ¿Cuál es el tiempo de respuesta y el fundamento legal de ello?

En apego al Reglamento de los Servicios Médicos, en sus artículos 142, 159, 160 y 161, la expedición de certificados de incapacidad con efecto retroactivo deberá sustentarse en la opinión del médico tratante y en el análisis de la documentación comprobatoria presentada preferentemente por la asegurada, sobre todo si se trata de una embarazada que se atendió en servicio médico externo al Instituto. Asimismo, se sujetará a las siguientes reglas:

En caso de haberse atendido en el Instituto:

- I. Si por omisión del médico tratante no se le expidió el certificado único de incapacidad por maternidad o postnatal sin prenatal, la asegurada deberá acudir con su médico solicitándole la expedición del documento que ampare los días naturales que procedan de descanso, con la autorización del director de la unidad médica o de la persona a quien se le haya delegado dicha responsabilidad. Esto previo al análisis de los antecedentes y del expediente clínico.

Si recibió atención médica fuera del Instituto:

- I. El médico tratante, de ser procedente, expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo hasta por 2 días anteriores a la fecha en que se solicita su expedición, contando con el visto bueno del director de la unidad médica o, en su ausencia, de la persona que lo sustituya, y
- II. Si se solicita que el certificado con efecto retroactivo ampare 3 o más días de incapacidad temporal para el trabajo, anteriores a la fecha en que se realiza la petición, deberá someterse su expedición al acuerdo y resolución del H. Consejo Consultivo delegacional. Si a juicio del órgano colegiado no es procedente la solicitud, se deberá informar por escrito al peticionario sobre las razones en que se fundamenta la negativa.

Sólo para conocimiento interno

42. En caso de que el módulo de expedición de incapacidades del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) no funcione, ¿se puede emitir de forma manual el certificado de incapacidad único por maternidad o el certificado postnatal sin prenatal?

Por el momento, en tanto se ajustan los módulos de expedición de incapacidades en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y en el Expediente Clínico Electrónico (ECE), los certificados manuales serán utilizados para expedir el certificado único de incapacidad por maternidad.

Posteriormente, el médico tratante únicamente podrá expedir el certificado de incapacidad de forma manual cuando no funcione el módulo del SIMF, con la finalidad de evitar el retraso y quejas por parte de la asegurada para la obtención del documento y, de ser el caso, del cobro del subsidio correspondiente.

43. ¿Existe algún fundamento legal para que el área de Prestaciones Económicas de la Unidad de Medicina Familiar solicite a la asegurada la carta patronal, a fin de verificar la relación obrero patronal y la certificación del salario, para estar en posibilidades de liberarle el pago de la incapacidad?

La solicitud de este documento no está normada, por lo que se ha solicitado a las delegaciones que dejen de requerirlo.

44. Favor de confirmar si estas medidas aplicarán a partir del 24 de junio del año en curso, así como la liga o sitio en internet donde estará disponible el formato de solicitud de transferencia de semanas.

Confirmado, el nuevo procedimiento estará vigente a partir del viernes 24 de junio de 2016. Todavía no se tiene la liga electrónica en la que estará disponible la solicitud (EN CUANTO SE CUENTE CON ELLA SE LES PROPORCIONARÁ LA DIRECCIÓN).