ANEXO 38.1.9-f (ver 15ene19)

**Manual del Sistema Estadístico de los Seguros de Salud**

Referente al reporte regulatorio sobre información estadística (RR8).

**Contenido.**

**I.** Consideraciones generales.

**II.** Estructura de los archivos de información del Sistema Estadístico.

**III.** Definición de campos que conforma el archivo de información estadística.

**IV**. Catálogos

**I. Consideraciones generales**

El Sistema Estadístico del Seguro de Salud consiste en un archivo de información que deberá integrarse con la información de emisión y siniestros de las Instituciones autorizadas para operar el Ramo de Salud.

Los campos se reportarán para todas las pólizas o certificados que hayan estado en vigor al menos un día del 1º de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o certificado no se encuentre en vigor en esta última fecha, así como aquellas pólizas o certificados que no hayan tenido un día de vigencia en el año de reporte, pero que contablemente hayan tenido efecto en el periodo que se reporta con el estatus que le corresponda a esa fecha.

● **Expirada o Terminada:** Es aquella póliza o certificado cuyo periodo de cobertura terminó durante el ejercicio que se está reportando.

● **Cancelada:** Es la póliza en la cual el derecho a los servicios del plan, han terminado por cualquier causa para todos los integrantes de la póliza.

● **Rehabilitada:** Es aquella póliza que venció en cualquier momento de su vigencia y que posteriormente fue puesta en vigor.

● **En Vigor**: Es aquella póliza o asegurado cuyo plazo de cobertura al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta no se encuentra cancelada o expirada.

Para facilitar el manejo de las variables que componen la base de datos, se establecen a continuación las siguientes definiciones:

● **Contratante:** Se refiere a la persona física o moral que solicita la celebración de la póliza del plan de Salud para sí o para terceras personas y además se compromete a pagar las primas.

● **Titular del Seguro:** Es el asegurado principal, es decir, la persona física por cuya previsión y cobertura se expide la póliza, en la cual aparece su nombre como asegurado principal.

● **Beneficiario:** Se refiere a cada uno de los dependientes del titular o a cada uno de los demás integrantes del seguro que tendrán derecho a los beneficios del plan de Salud y que aparecen especificados en cada una de las pólizas del seguro individual y en cada uno de los certificados de los seguros de grupo y colectivo.

● **Integrante del seguro:** Se refiere tanto al titular como a cada uno de los beneficiarios en un plan de Salud.

● **Baja:** Se refiere a la salida de la póliza y pérdida de derecho a servicios del plan de Salud de cualquier integrante del seguro.

● **Evento hospitalario:** Se refiere a la actividad realizada para la restauración de la salud, que involucra un internamiento o un evento ambulatorio.

● **Internamiento:** Se refiere al servicio que requiere el uso de una cama censable para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.

● **Evento ambulatorio:** Se refiere al servicio que requiere de una estancia menor a 24 horas para la observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.

● **Monto:** Se refiere al monto o importe ocurrido (contable) que se requirió para cubrir los gastos de atención que se especifiquen, ya sea mediante recursos propios o de terceros. Este monto deberá incluir el importe correspondiente al copago o coaseguro. La suma del total de las variables de monto en la base estadística representa el monto total en atención médica o servicios de salud en que se incurrió en beneficio del asegurado. Por lo que los montos deberán ser reportados en una sola variable para evitar duplicidad en el registro. Y la suma total de los montos deberá guardar consistencia con el sistema RR7 del archivo denominado COSTO\_SINIESTRALIDAD en nivel\_1=570, nivel\_2=01, nivel\_3=0, clave=50 y subclave=01 de Salud al cierre del ejercicio que se reporta.

● **Consulta externa:** Se refiere a la atención médica que se imparte tanto en el consultorio, como en el domicilio del paciente, sin la utilización de cama hospitalaria. En las consultas externas se incluyen tanto las de primer contacto como las de especialidad. Cuando la consulta externa se derive de un padecimiento o enfermedad, estos términos se utilizarán indistintamente a lo largo del presente Manual.

● **Consulta externa de primer contacto:** Se refiere a la atención que ejecuta el médico general, familiar, pediatra, ginecólogo o internista, siempre que la consulta no se realice por referencia de una consulta de primer contacto, que coordine las acciones de salud en beneficio del asegurado a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o a domicilio, con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos.

● **Consulta externa de especialidad:** Es la atención que imparten los médicos especialistas, con excepción de los definidos anteriormente, a pacientes ambulatorios, incluyendo los casos referidos por médicos en consultas de primer contacto.

● **Examen de laboratorio clínico:** Se refiere al análisis físico, químico y biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano e incluye servicios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa, cuyos resultados coadyuvan en el diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos.

● **Exámenes de imagenología:** Se refieren a exámenes auxiliares de diagnóstico, en los que se utilizan las siguientes técnicas: rayos X, ultrasonografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, espect y similares**.**

● **Estudios de gabinete:** Se refiere a los estudios de diagnóstico en los que se utilizan los siguientes procedimientos: electrocardiograma, audiología, espirometría, electroencefalograma, pruebas electrofisiológicas, medicina nuclear y similar.

Con relación a las variables correspondientes al número de consultas externas, tanto preventivas como de atención a padecimientos, se deberán reportar las consultas externas que hayan ocurrido en el año de reporte, incluyendo:

● Las consultas externas a las que el integrante del seguro haya acudido en el año de reporte que sean de conocimiento de la Institución.

● Las consultas externas a las que el integrante del seguro haya acudido en ejercicios anteriores, de las cuales la Institución tuvo conocimiento en el año de reporte.

Para las variables correspondientes al número de exámenes de laboratorio clínico e imagenología y de estudios de gabinete, relacionados a consultas externas tanto preventivas como de atención a padecimientos, se deberán reportar aquéllos que hayan ocurrido en el año de reporte, incluyendo:

● Los exámenes de laboratorio clínico e imagenología y estudios de gabinete practicados al integrante del seguro en el año de reporte, así como ejercicios anteriores que sean de conocimiento de la Institución.

Todas las cantidades deberán reportarse en pesos, incluyendo las pólizas en moneda extranjera o indizada y se deberá considerar el tipo de cambio o valor de referencia utilizado al momento de su registro contable.

Todos los registros provendrán del seguro directo al 100% del riesgo asegurado, salvo especificación en contrario. Lo anterior significa que si una Institución se encuentra en coaseguro con otra u otras Instituciones, la líder deberá reportar el 100% de la emisión de la(s) póliza(s) con esta característica, en tanto que la(s) demás coaseguradora(s) no reportarán dichas pólizas en la estadística del año de reporte. Sin embargo, tanto la líder como las seguidoras deberán informar esta situación y los montos de diferencia contable en su carta aclaratoria.

Para las pólizas renovables, se registrará por separado cada una de las vigencias que haya tenido dicha póliza, incluyendo la póliza que estaba vigente al 1º de enero del año de reporte y todas las renovaciones que haya tenido la misma durante dicho periodo, con el estatus que le corresponda a cada una de ellas al cierre del ejercicio. En caso de que la Institución operativamente asigne el mismo número de póliza a la o las renovaciones, éste deberá ser modificado para que sea diferenciable en cada renovación, cuidando que los siniestros de cada póliza se asignen a la renovación que le corresponda; una forma para diferenciar el número de póliza para cada renovación, podría ser generado al unir al número de póliza (igual para todas) el año y mes de inicio de vigencia, con el formato “aaaamm” o cualquier otro procedimiento que la Institución considere conveniente para poder diferenciar las pólizas en sus diferentes vigencias.

Para el caso de pólizas en administración de riesgos conocidas como “cash flow”, en donde la Institución no cubre riesgo alguno, sino que solamente administra un fondo para siniestros, no deberán formar parte de la estadística. En caso de que las primas de este tipo de planes se registren en el RR7 en el archivo PRIMAS, deberá especificar este hecho en la carta de aclaraciones correspondiente, pero ninguno de estos registros deberá incluirse en el reporte de la estadística.

Las pólizas con vigencia anticipada o vencida, cuyas primas se contabilizaron dentro del periodo de reporte, deberán ser incluidas en este archivo de información estadística.

Para facilitar el manejo de los campos que componen los archivos de información, se establecen las siguientes definiciones:

**Registro:** Es el renglón completo del archivo de información, que se abre para cada asegurado (Individual, Familiar, Grupo o Colectivo), considerando todas las pólizas que hayan estado en vigor al menos un día del periodo que se reporta, y que contiene la información de acuerdo con la siguiente estructura de archivo.

**Ocurrido:** Se refieren a aquellos servicios o siniestros que ocurrieron en el ejercicio que se reporta y que fueron del conocimiento de la Institución en dicho periodo de reporte. Los servicios o siniestros que la Institución tuvo conocimiento, se reportarán en el periodo de que se trate (con el estatus que corresponda), si se trata sólo de cambio de estatus no deberán volver a ser reportados en ejercicios posteriores, pero los ajustes por servicios o siniestros deberán formar parte de la estadística.

**II. Estructura del archivo de información del Sistema Estadístico.**

El manejo de los campos contenidos en el archivo de información datos deberá ajustarse a los siguientes criterios:

1. Cada renglón debe contener todos los campos que se detallan en el presente Manual y respetar el orden que en la misma se indica.
2. Cada campo deberá estar separado por el signo “**|**” conocido como “pipe”.
3. En los campos alfanuméricos y fechas donde no haya o no se deba registrar información se dejarán vacíos, por lo que sólo será necesario cerrar el campo con el separador respectivo, mismo que aparecerá junto al anterior, quedando dos separadores continuos, ejemplo: **||;** en el caso de campos numéricos se deberá capturar el valor cero y cerrar el campo con el separador respectivo, ejemplo: **|0|**; todas las fechas que no existan deberán ser reportadas en blanco **||.**
4. Los ceros contenidos en las claves de los catálogos, no deberán omitirse; asimismo, las mayúsculas y minúsculas dentro de las claves de los catálogos alfanuméricos deberán respetarse.
5. El registro de los campos correspondientes a montos deberá realizarse en moneda nacional y no al millar u otra conversión.
6. Los montos reportados no deberán contener comas, pero contendrán el punto decimal (cuando así lo requiera la descripción del campo correspondiente) y cuando se trate de cifras negativas, deberán iniciar con el signo “**-**“, antepuesto al monto correspondiente.
7. Todas las cantidades en pesos deberán considerar no más de dos cifras decimales, cuando así lo requiera la descripción del campo correspondiente. Para los montos solicitados sin decimales, deberán ser redondeados, así como aquellos montos solicitados a dos decimales y que provengan de algún cálculo, deberán ser redondeados a la primera centésima.
8. El formato para los campos de fechas será aaaammdd.
9. En aquellos campos que requieran caracteres alfabéticos, éstos deberán ser reportados con mayúsculas (no deberán utilizar minúsculas) excepto en el campo correspondiente al número de póliza.
10. En ningún caso deberán registrarse signos especiales dentro de los campos, por ejemplo: **/**, **$**, **%**, **&**, **?**, **#**, |, **@**, etc., es decir, ningún signo diferente al alfabeto castellano en mayúsculas, o diferente a los números arábigos del 0 al 9. Primera excepción, el signo “**-**“ (negativo) para los campos numéricos que lo ameriten, segunda excepción en los campos que hacen referencia a número de póliza y número de seguridad social, y tercera excepción el signo “pipe”, que significa fin de campo.
11. Al final de cada registro deberá agregarse el signo “**;**” (punto y coma, que es el separador de registros), antecedido del signo “|” pipe, así como un salto de registro al final del renglón (Enter).

Ejemplos:

1. Si se requiere reportar en un campo inicial el grupo familiar al que pertenece el registro (titular = “01”), éste deberá aparecer como:

01|

1. Si se quiere reportar en un campo intermedio una cantidad negativa por $3,527.057 pesos, esta cifra deberá aparecer como:

|-3527.06|

1. Si se quiere reportar en un campo final la fecha 15 de junio de 1988, ésta deberá aparecer como:

|19880615|**;**

A continuación, se presenta la lista de campos del archivo de información solicitada, considerando las principales características de cada uno de los campos que conforman el Sistema Estadístico del Seguro de Salud, es decir, se identifica la descripción de cada campo, su longitud máxima, su tipo y si el campo está ligado a un catálogo (es decir, claves).

| **LISTA DE VARIABLES** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAMPOS** | **NOMBRE** | **TIPO** | **LONGITUD** | **No. DE CATALOGO** |
| DATOS GENERALES | | | | |
| C001 | Identificador Único Titular | Alfanumérico | 12 |  |
| C002 | Descripción del Integrante del Grupo Familiar | Alfanumérico | 2 | 60 |
| C003 | Identificador Único Beneficiarios | Alfanumérico | 12 |  |
| C004 | Fecha de Nacimiento | Fecha | 8 |  |
| C005 | Sexo | Alfanumérico | 1 |  |
| C006 | Lugar de Residencia | Alfanumérico | 2 | 16.1 |
| C007 | Estado Civil | Alfanumérico | 1 | 12.1 |
| C008 | Nacionalidad | Alfanumérico | 1 | 14.2 |
| C009 | Actividad Económica | Alfanumérico | 4 | 80 |
| C010 | Número de Póliza | Alfanumérico | 16 |  |
| C011 | Estatus del Certificado | Alfanumérico | 1 | 22.3 |
| C012 | Tipo de Seguro | Alfanumérico | 1 | 61 |
| C013 | Fecha Inicio de Vigencia de la Póliza | Fecha | 8 |  |
| C014 | Antigüedad | Numérico | 2 |  |
| C015 | Fecha de la Baja | Fecha | 8 |  |
| C016 | Prima Emitida | Numérico | 17 |  |
| C017 | Límite Máximo de Responsabilidad | Numérico | 17 |  |
| *EVENTOS HOSPITALARIOS* | | | | |
| C018 | Tipo de Evento Hospitalario 1 | Alfanumérico | 1 | 62 |
| C019 | Fecha de Ingreso Evento Hospitalario 1 | Fecha | 8 |  |
| C020 | Procedencia de Ingreso Evento Hospitalario 1 | Alfanumérico | 1 | 63 |
| C021 | Diagnósticos de Egreso Evento Hospitalario 1 | Alfanumérico | 12 | 10.1 |
| C022 | Procedimientos Evento Hospitalario 1 | Alfanumérico | 15 | 82 |
| C023 | Motivo de Egreso Evento Hospitalario 1 | Alfanumérico | 1 | 64 |
| C024 | Monto de Hospitalización Evento Hospitalario 1 | Numérico | 17 |  |
| C025 | Monto de Honorarios Médicos Evento Hospitalario 1 | Numérico | 17 |  |
| C026 | Días Estancia Hospitalaria Evento 1 | Numérico | 3 |  |
| C027 | Número de Hospital o Centro Ambulatorio Evento Hospitalario 1 | Alfanumérico | 15 | 81 |
| C028 | Tipo de Evento Hospitalario 2 | Alfanumérico | 1 | 62 |
| C029 | Fecha de Ingreso Evento Hospitalario 2 | Fecha | 8 |  |
| C030 | Procedencia de Ingreso Evento Hospitalario 2 | Alfanumérico | 1 | 63 |
| C031 | Diagnósticos de Egreso de Evento Hospitalario 2 | Alfanumérico | 12 | 10.1 |
| C032 | Procedimientos Evento Hospitalario 2 | Alfanumérico | 15 | 82 |
| C033 | Motivo de Egreso Evento Hospitalario 2 | Alfanumérico | 1 | 64 |
| C034 | Monto de Hospitalización Evento Hospitalario 2 | Numérico | 17 |  |
| C035 | Monto de Honorarios Médicos Evento Hospitalario 2 | Numérico | 17 |  |
| C036 | Días Estancia Hospitalaria Evento 2 | Numérico | 3 |  |
| C037 | Número de Hospital o Centro Ambulatorio Evento Hospitalario 2 | Alfanumérico | 15 | 81 |
| C038 | Tipo de Evento Hospitalario 3 | Alfanumérico | 1 | 62 |
| C039 | Fecha de Ingreso Evento Hospitalario 3 | Fecha | 8 |  |
| C040 | Procedencia de Ingreso Evento Hospitalario 3 | Alfanumérico | 1 | 63 |
| C041 | Diagnósticos de Egreso Evento Hospitalario 3 | Alfanumérico | 12 | 10.1 |
| C042 | Procedimientos Evento Hospitalario 3 | Alfanumérico | 15 | 82 |
| C043 | Motivo de Egreso Evento Hospitalario 3 | Alfanumérico | 1 | 64 |
| C044 | Monto de Hospitalización Evento Hospitalario 3 | Numérico | 17 |  |
| C045 | Monto de Honorarios Médicos Evento Hospitalario 3 | Numérico | 17 |  |
| C046 | Días Estancia Hospitalaria Evento 3 | Numérico | 3 |  |
| C047 | Número de Hospital o Centro Ambulatorio Evento Hospitalario 3 | Alfanumérico | 15 | 81 |
| C048 | Número de Otros Eventos Hospitalarios | Numérico | 1 |  |
| C049 | Monto de Hospitalización Otros Eventos Hospitalarios | Numérico | 17 |  |
| C050 | Monto de Honorarios Médicos Otros Eventos Hospitalarios | Numérico | 17 |  |
| *CONSULTAS EXTERNAS POR DIAGNÓSTICO* | | | | |
| C051 | Clave Diagnóstico 1 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C052 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 1 | Numérico | 2 |  |
| C053 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 1 | Numérico | 17 |  |
| C054 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 1 | Numérico | 2 |  |
| C055 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 1 | Numérico | 17 |  |
| C056 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 1 | Numérico | 2 |  |
| C057 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 1 | Numérico | 17 |  |
| C058 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 1 | Numérico | 2 |  |
| C059 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 1 | Numérico | 17 |  |
| C060 | Número de Medicamentos Diagnósticos 1 | Numérico | 3 |  |
| C061 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 1 | Numérico | 17 |  |
| C062 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 1 | Numérico | 17 |  |
| C063 | Clave Diagnóstico 2 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C064 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 2 | Numérico | 2 |  |
| C065 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 2 | Numérico | 17 |  |
| C066 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 2 | Numérico | 2 |  |
| C067 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 2 | Numérico | 17 |  |
| C068 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 2 | Numérico | 2 |  |
| C069 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 2 | Numérico | 17 |  |
| C070 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 2 | Numérico | 2 |  |
| C071 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 2 | Numérico | 17 |  |
| C072 | Número de Medicamentos Diagnósticos 2 | Numérico | 3 |  |
| C073 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 2 | Numérico | 17 |  |
| C074 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 2 | Numérico | 17 |  |
| C075 | Clave Diagnóstico 3 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C076 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 3 | Numérico | 2 |  |
| C077 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 3 | Numérico | 17 |  |
| C078 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 3 | Numérico | 2 |  |
| C079 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 3 | Numérico | 17 |  |
| C080 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 3 | Numérico | 2 |  |
| C081 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 3 | Numérico | 17 |  |
| C082 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 3 | Numérico | 2 |  |
| C083 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 3 | Numérico | 17 |  |
| C084 | Número de Medicamentos Diagnósticos 3 | Numérico | 3 |  |
| C085 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 3 | Numérico | 17 |  |
| C086 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 3 | Numérico | 17 |  |
| C087 | Clave Diagnóstico 4 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C088 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 4 | Numérico | 2 |  |
| C089 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 4 | Numérico | 17 |  |
| C090 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 4 | Numérico | 2 |  |
| C091 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 4 | Numérico | 17 |  |
| C092 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 4 | Numérico | 2 |  |
| C093 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 4 | Numérico | 17 |  |
| C094 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 4 | Numérico | 2 |  |
| C095 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 4 | Numérico | 17 |  |
| C096 | Número de Medicamentos Diagnósticos 4 | Numérico | 3 |  |
| C097 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 4 | Numérico | 17 |  |
| C098 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 4 | Numérico | 17 |  |
| C099 | Clave Diagnóstico 5 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C100 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 5 | Numérico | 2 |  |
| C101 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 5 | Numérico | 17 |  |
| C102 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 5 | Numérico | 2 |  |
| C103 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 5 | Numérico | 17 |  |
| C104 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 5 | Numérico | 2 |  |
| C105 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 5 | Numérico | 17 |  |
| C106 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 5 | Numérico | 2 |  |
| C107 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 5 | Numérico | 17 |  |
| C108 | Número de Medicamentos Diagnósticos 5 | Numérico | 3 |  |
| C109 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 5 | Numérico | 17 |  |
| C110 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 5 | Numérico | 17 |  |
| C111 | Clave Diagnóstico 6 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C112 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 6 | Numérico | 2 |  |
| C113 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 6 | Numérico | 17 |  |
| C114 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 6 | Numérico | 2 |  |
| C115 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 6 | Numérico | 17 |  |
| C116 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 6 | Numérico | 2 |  |
| C117 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 6 | Numérico | 17 |  |
| C118 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 6 | Numérico | 2 |  |
| C119 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 6 | Numérico | 17 |  |
| C120 | Número de Medicamentos Diagnósticos 6 | Numérico | 3 |  |
| C121 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 6 | Numérico | 17 |  |
| C122 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 6 | Numérico | 17 |  |
| C123 | Clave Diagnóstico 7 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C124 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 7 | Numérico | 2 |  |
| C125 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 7 | Numérico | 17 |  |
| C126 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 7 | Numérico | 2 |  |
| C127 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 7 | Numérico | 17 |  |
| C128 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 7 | Numérico | 2 |  |
| C129 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 7 | Numérico | 17 |  |
| C130 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 7 | Numérico | 2 |  |
| C131 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 7 | Numérico | 17 |  |
| C132 | Número de Medicamentos Diagnósticos 7 | Numérico | 3 |  |
| C133 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 7 | Numérico | 17 |  |
| C134 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 7 | Numérico | 17 |  |
| C135 | Clave Diagnóstico 8 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C136 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 8 | Numérico | 2 |  |
| C137 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 8 | Numérico | 17 |  |
| C138 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 8 | Numérico | 2 |  |
| C139 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 8 | Numérico | 17 |  |
| C140 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 8 | Numérico | 2 |  |
| C141 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 8 | Numérico | 17 |  |
| C142 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 8 | Numérico | 2 |  |
| C143 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 8 | Numérico | 17 |  |
| C144 | Número de Medicamentos Diagnósticos 8 | Numérico | 3 |  |
| C145 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 8 | Numérico | 17 |  |
| C146 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 8 | Numérico | 17 |  |
| C147 | Clave Diagnóstico 9 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C148 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 9 | Numérico | 2 |  |
| C149 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 9 | Numérico | 17 |  |
| C150 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 9 | Numérico | 2 |  |
| C151 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 9 | Numérico | 17 |  |
| C152 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 9 | Numérico | 2 |  |
| C153 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 9 | Numérico | 17 |  |
| C154 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 9 | Numérico | 2 |  |
| C155 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 9 | Numérico | 17 |  |
| C156 | Número de Medicamentos Diagnósticos 9 | Numérico | 3 |  |
| C157 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 9 | Numérico | 17 |  |
| C158 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 9 | Numérico | 17 |  |
| C159 | Clave Diagnóstico 10 | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| C160 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 10 | Numérico | 2 |  |
| C161 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 10 | Numérico | 17 |  |
| C162 | Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 10 | Numérico | 2 |  |
| C163 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 10 | Numérico | 17 |  |
| C164 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 10 | Numérico | 2 |  |
| C165 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 10 | Numérico | 17 |  |
| C166 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 10 | Numérico | 2 |  |
| C167 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Diagnóstico 10 | Numérico | 17 |  |
| C168 | Número de Medicamentos Diagnósticos 10 | Numérico | 3 |  |
| C169 | Monto de Medicamentos Diagnóstico 10 | Numérico | 17 |  |
| C170 | Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 10 | Numérico | 17 |  |
| C171 | Número de Consultas Externas de Primer Contacto Otros Diagnósticos | Numérico | 2 |  |
| C172 | Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Otros Diagnósticos | Numérico | 17 |  |
| C173 | Número de Consultas Externas de Especialidad Otros Diagnósticos | Numérico | 2 |  |
| C174 | Monto de Consultas Externas de Especialidad Otros Diagnósticos | Numérico | 17 |  |
| C175 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Otros Diagnósticos | Numérico | 2 |  |
| C176 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Otros Diagnósticos | Numérico | 17 |  |
| C177 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Otros Diagnósticos | Numérico | 2 |  |
| C178 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Otros Diagnósticos | Numérico | 17 |  |
| C179 | Número de Medicamentos Otros Diagnósticos | Numérico | 3 |  |
| C180 | Monto de Medicamentos Otros Diagnósticos | Numérico | 17 |  |
| C181 | Monto por Otros Conceptos Otros Diagnósticos | Numérico | 17 |  |
| *PREVENCIÓN* | | | | |
| C182 | Número de Consultas Externas Prenatales | Numérico | 2 |  |
| C183 | Monto de Consultas Externas Prenatales | Numérico | 17 |  |
| C184 | Número de Consultas Externas a Puérperas | Numérico | 1 |  |
| C185 | Monto de Consultas Externas a Puérperas | Numérico | 17 |  |
| C186 | Condición del Recién Nacido | Alfanumérico | 1 |  |
| C187 | Número de Semanas de Gestación Aborto | Numérico | 2 |  |
| C188 | Número de Consultas Externas Planificación Familiar | Numérico | 2 |  |
| C189 | Método de Planificación Familiar | Alfanumérico | 1 | 65 |
| C190 | Monto Planificación Familiar | Numérico | 17 |  |
| C191 | Número de Consultas Externas Niño Sano | Numérico | 2 |  |
| C192 | Monto de Consultas Externas Niño Sano | Numérico | 17 |  |
| C193 | Vacunas | Alfanumérico | 1 | 66 |
| C194 | Monto de Consultas Externas Vacunación | Numérico | 17 |  |
| C195 | Detección de Cáncer Cérvico Uterino / Mama / Próstata | Alfanumérico | 3 | 67 |
| C196 | Detección de Diabetes / Hipertensión / Dislipidemias | Alfanumérico | 3 | 67 |
| C197 | Número de Otras Consultas Externas de Prevención | Numérico | 2 |  |
| C198 | Monto de Otras Consultas Externas de Prevención | Numérico | 17 |  |
| C199 | Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Prevención | Numérico | 2 |  |
| C200 | Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Prevención | Numérico | 17 |  |
| C201 | Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Prevención | Numérico | 2 |  |
| C202 | Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Prevención | Numérico | 17 |  |
| C203 | Monto Total por Otros Conceptos Prevención | Numérico | 17 |  |
| *SALUD BUCAL* | | | | |
| C204 | Número de Acciones Preventivas Salud Bucal | Numérico | 2 |  |
| C205 | Número de Acciones Curativas Salud Bucal | Numérico | 2 |  |
| C206 | Monto de Acciones Salud Bucal | Numérico | 17 |  |
| *DATOS COMPLEMENTARIOS* | | | | |
| C207 | Coberturas | Alfanumérico | 5 | 17.1 |
| C208 | Subtipo de Seguro | Numérico | 1 | 83 |

**III. Definición de los campos que conforman los archivos de información estadística**

A continuación, se definen cada una de las variables que conforman la base de datos estadística:

Los campos se reportarán para cada una de las pólizas especificando: importe total ocurrido, evento hospitalario, diagnóstico, procedimiento, hospital o centro ambulatorio, etc., en el año de reporte de dicho evento, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte.

**Datos Generales**

**C001 Identificador Único Titular**: Se reportará el identificador único del titular del seguro de cada una de las pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate. La clave única de identificación del titular se determinará de acuerdo al siguiente algoritmo:

El algoritmo mencionado se calcula de la siguiente forma:

1. Se requiere el nombre completo del asegurado como se presenta en el acta de nacimiento, pasaporte, INE o cédula profesional y considerando lo siguiente: el nombre completo debe estar en mayúsculas y sin acentos, diéresis, apóstrofos, puntos, guiones, abreviaturas, números de descendencia como parte del apellido (3°, II, etc.), títulos (Conde, Don, Señora de, Ingeniero, etc.), o cualquier clase de caracteres especiales diferentes a las letras mayúsculas del abecedario. En el caso de nombres con alfabeto diferente, éstos se deberán castellanizar.
2. Cambiar la(s) letra(s) “Ñ” por “N”, guardando la posición original dentro del nombre. En los casos de apellidos o nombres compuestos, no se consideran los espacios en blanco, es decir, se unen todos los caracteres que lo conforman para ser utilizado como apellido o nombre, respectivamente.
3. Del primer apellido existente se obtiene la inicial (consonante o vocal) y la primera vocal intermedia (cuando no contenga vocal intermedia, se deberá usar la letra “W”); como primer apellido se deberá utilizar el apellido paterno y cuando éste no exista hacer uso del apellido materno. Asimismo, se obtiene la inicial (consonante o vocal) del segundo apellido (utilizar el apellido materno y cuando éste no exista o se haya utilizado como primer apellido, usar la letra W) y la inicial (consonante o vocal) del primer nombre.

Cabe señalar que, si el asegurado no tiene más que un sólo apellido, la inicial utilizada para el segundo apellido será la letra “W”.

1. Cada una de las cuatro letras obtenidas según la metodología descrita en el punto anterior, se cambia por su letra inmediata posterior del abecedario. En caso de que la letra obtenida sea una “Z”, ésta se cambiará por la letra “A”.
2. Se obtiene la suma de los productos de los valores ASCII de cada uno de los caracteres del nombre completo (primer apellido, segundo apellido y nombre), multiplicado por el valor de su posición (sin considerar espacios en blanco). De la suma obtenida, se extraen los últimos cinco dígitos y a esa cantidad se le suma el número formado por los dígitos restantes. En caso de que los dígitos extraídos contengan ceros a la izquierda, éstos se mantendrán, siempre y cuando no cambien su valor al sumar el número formado por los dígitos restantes después de la extracción.

Si la suma de los productos es un número que contiene menos de cinco dígitos, se completará éste con ceros a la izquierda hasta obtener cinco posiciones y no habrá remanente que sumar.

1. Se requieren los cuatro dígitos del año de nacimiento del asegurado y se obtiene la suma de los cuatro productos, resultado de multiplicar cada uno de los dígitos del año por su posición dentro de éste.

Al valor así obtenido, se le asigna una letra del abecedario en mayúsculas, de acuerdo a la tabla del Anexo 1.

1. Se unen en una sola cadena las cuatro letras obtenidas en el punto 3 de este documento, con los cuatro dígitos del año de nacimiento.

Se obtiene la suma digital de la suma de los valores ASCII para cada uno de los ocho caracteres que conforman la cadena descrita anteriormente.

Al valor así obtenido, se le asigna una letra del abecedario en mayúsculas, de acuerdo a la tabla del Anexo 1.

1. Se obtiene la suma digital de la suma de los valores ASCII de la última letra de cada uno de los componentes del nombre completo (primer apellido, segundo apellido y nombre), multiplicada por 1, 2 y 3, respectivamente.

En caso de que sólo exista un apellido del asegurado, se considerará la letra W como última letra del segundo apellido.

Al valor así obtenido, se le asigna una letra del abecedario en mayúsculas, de acuerdo a la tabla del Anexo 1.

1. Se unen todos los resultados obtenidos en los puntos 4 (cuatro letras), 5 (cinco dígitos), 6 (una letra), 7 (una letra) y 8 (una letra), para definir el identificador del asegurado, siendo éste de 12 caracteres.
2. En el caso de asegurados nonatos o neonatos (sin registro oficial de nombre), se utilizará como identificador el texto “NODISPONIBLE” (en mayúsculas y sin espacios), en tanto se obtienen los datos necesarios para asignar su identificador.

La Institución deberá anexar, junto con la información estadística de cada entrega oficial, una lista de todos los casos previstos en el párrafo anterior, en la cual se especificará, por cada asegurado con identificador “NODISPONIBLE”, el sexo, el número de póliza y el integrante de grupo familiar al que pertenece; adicionalmente, se deberá indicar cuáles de estos asegurados fueron dados de baja durante el periodo de reporte. Lo anterior se deberá realizar en tanto el asegurado no tenga un identificador propio y no haya sido reportado como "dado de baja".

Asimismo, se deberá entregar, para aquellos asegurados cuyos identificadores fueron “NODISPONIBLE” en la entrega inmediata anterior y que para la actual entrega ya cuentan con un identificador propio, un listado que contenga los datos referentes al sexo, número de póliza, integrante de grupo familiar al que pertenece e identificador propio, independientemente de que durante el periodo que se reporta se haya "dado de baja".

Ejemplo 1:



Ejemplo 2:



**ANEXO 1**

Para la asignación de las letras se tiene:

| Letras | **Números** | **Números** | **Números** | **Números** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | 1 | 27 | 53 | 79 |
| **B** | 2 | 28 | 54 | 80 |
| **C** | 3 | 29 | 55 | 81 |
| **D** | 4 | 30 | 56 | 82 |
| **E** | 5 | 31 | 57 | 83 |
| **F** | 6 | 32 | 58 | 84 |
| **G** | 7 | 33 | 59 | 85 |
| **H** | 8 | 34 | 60 | 86 |
| **I** | 9 | 35 | 61 | 87 |
| **J** | 10 | 36 | 62 | 88 |
| **K** | 11 | 37 | 63 | 89 |
| **L** | 12 | 38 | 64 | 90 |
| **M** | 13 | 39 | 65 | 91 |
| **N** | 14 | 40 | 66 | 92 |
| **O** | 15 | 41 | 67 | 93 |
| **P** | 16 | 42 | 68 | 94 |
| **Q** | 17 | 43 | 69 | 95 |
| **R** | 18 | 44 | 70 | 96 |
| **S** | 19 | 45 | 71 | 97 |
| **T** | 20 | 46 | 72 | 98 |
| **U** | 21 | 47 | 73 | 99 |
| **V** | 22 | 48 | 74 |  |
| **W** | 23 | 49 | 75 |  |
| **X** | 24 | 50 | 76 |  |
| **Y** | 25 | 51 | 77 |  |
| **Z** | 26 | 52 | 78 |  |

Esta variable será para uso de esta Comisión y de la Secretaría de Salud, exclusivamente para los fines de Inspección y Vigilancia de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como las Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud.

**C002 Descripción del Integrante del Grupo Familiar**: Se especificará el integrante del grupo familiar a quien corresponde el registro de acuerdo al catálogo 60. Esta variable deberá reportarse para cada una de las pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte.

**C003 Identificador Único Beneficiarios**: Se reportará el identificador único del asegurado a quien corresponde el registro, de cada una de las pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte. La clave única de identificación del titular se determinará de acuerdo al algoritmo estipulado para la variable C001 Identificador Único Titular.

Esta variable será para uso de la CNSF y de la Secretaría de Salud, exclusivamente para los fines de Inspección y Vigilancia de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como las Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud.

**C004 Fecha de Nacimiento**: Se especificará la fecha de nacimiento del asegurado a quien corresponda el registro.

**C005 Sexo**: Se identificará el sexo del asegurado a quien corresponda el registro, mediante la letra “**M**” si es masculino o “**F**” si es femenino.

**C006 Lugar de Residencia**: Se especificará el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el contratante a quien corresponda el registro, clasificado de acuerdo al catálogo 16.1.

**C007 Estado Civil**: Se identificará mediante las claves definidas en el catálogo 12.1, el estado civil del asegurado a quien corresponde el registro al momento de contratar la póliza.

**C008 Nacionalidad**: Se especificará para cada asegurado si es mexicano o extranjero, de acuerdo al catálogo 14.2.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no sea el titular de la póliza, este campo deberá llenarse con un cero.

**C009 Actividad Económica**: Se especificará la actividad económica que desempeñaba el asegurado titular cuando se tenga o preferentemente la de los beneficiarios a quien corresponde el registro al contratar la póliza, clasificada conforme al catálogo 80.

**C010 Número de Póliza**: Se identificará cada póliza con el número que la propia Institución le haya asignado. Esta variable se deberá reportar para el registro del titular del seguro, así como de los correspondientes a cada uno de los beneficiarios que quedarán relacionados bajo este número.

**C011 Estatus del Certificado**: Se reportará mediante las claves del catálogo 22.3 de acuerdo a las definiciones establecidas en la sección I, la situación en que se encuentra el certificado a la fecha de reporte.

**C012 Tipo de Seguro**: Se especificará si la póliza corresponde al seguro individual, al seguro de grupo o al seguro colectivo, de acuerdo al catálogo 61.

**C013 Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza**: Cuando se trate de pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio que se reporta, en el caso del seguro individual se especificará la fecha en que se inicia el periodo de vigencia de la póliza actual, mientras que, en los registros correspondientes a seguros familiar, grupo o colectivo se reportará la fecha de alta del titular de la póliza actual.

**C014 Antigüedad**: Se registrará el número de años en que la póliza ha estado en vigor desde su primera emisión, incluyendo el año en curso. En esta variable se deberá incluir la antigüedad que la Institución le haya reconocido al asegurado al que corresponde el registro por haber contratado un plan de salud con otra Institución anteriormente.

**C015 Fecha de la Baja:** Se registrarán la fecha en que ocurrió el evento que ocasionó la última baja del asegurado. La fecha de baja no necesariamente debe pertenecer al ejercicio que se esté reportando.

**C016 Prima Emitida**: Se identificará el importe total de la prima emitida del ejercicio (con dos decimales), misma que deberá guardar consistencia con el sistema RR7 del archivo denominado PRIMAS en nivel\_1=510 y nivel\_2=01 de Salud al cierre del ejercicio que se reporta.

**C017 Límite máximo de responsabilidad**: Se reportará el monto de límite máximo de responsabilidad (sin decimales) especificado en la póliza. En caso de que se trate de una póliza sin límite, se llenará con |0|.

**Eventos Hospitalarios**

**C018, C028, C038 Tipo de Evento Hospitalario 1, 2 y 3:** Se especificará según corresponda si el primer (campo C018), segundo (campo C028) y tercer (campo C038) evento hospitalario que ocurra en el año de reporte del asegurado a quien corresponda el registro es internamiento, ambulatorio o ninguno, de acuerdo con el catálogo 62.

**C019, C029, C039 Fecha de Ingreso Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se reportarán según corresponda la fecha de ingreso del primer (campo C019), segundo (campo C029) y tercer (campo C039) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponda el registro.

**C020, C030, C040 Procedencia de Ingreso Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se especificará según corresponda la procedencia de ingreso del primer (campo C020), segundo (campo C030) y tercer (campo C040) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado, de acuerdo al catálogo 63.

Se entiende por urgencias a la atención o consulta que se da al ingreso de un paciente al hospital efectuado por servicio de urgencias, que por su condición crítica de salud no ha pasado por el servicio de consulta externa correspondiente. En el caso de que la procedencia de ingreso sea diferente a consulta externa o urgencias, se especificará como referencia de otra unidad.

**C021, C031, C041 Diagnósticos de Egreso Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se reportarán según corresponda los diagnósticos de egreso primario, secundario y terciario del primer (campo C021), segundo (campo C031) y tercer (campo C041) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte al asegurado a quien corresponde el registro, clasificado de acuerdo al catálogo 10.1. Cada campo tiene 12 caracteres, los primeros cuatro corresponden al diagnóstico primario, los siguientes cuatro al diagnóstico secundario y los últimos cuatro al diagnóstico terciario. En caso de que no se cuente con alguno de los diagnósticos (primario, secundario o terciario), se deberá reportar “0000” para cada elemento faltante.

**C022, C032, C042 Procedimientos Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se reportarán según corresponda los procedimientos primario, secundario y terciario del primer (campo C022), segundo (campo C032) y tercer (campo C042) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponde el registro, de acuerdo al catálogo 82 en español publicado por la American Medical Association. En el caso de que no se cuente con alguno de los diagnósticos (primario, secundario o terciario), se deberá reportar “00000” para cada elemento faltante.

**C023, C033, C043 Motivo de Egreso Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se identificará mediante clave según el catálogo 64, el último motivo de egreso del primer (campo C023), segundo (campo C033) y tercer (campo C043) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponde el registro.

**C024, C034, C044 Monto de Hospitalización Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se identificará según corresponda el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) a la fecha de reporte por hospitalización del primer (campo C024), segundo (campo C034) y tercer (campo C044) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponde el registro, incluyendo los gastos por hospitalización, exámenes de laboratorio y de imagenología, estudios de gabinete, medicamentos y demás gastos por otros conceptos.

Cuando no haya ocurrido ningún evento hospitalario al asegurado en el año de reporte, o bien no se hayan reportado ocurrencias por hospitalización en el año de reporte del primer, segundo o tercer evento hospitalario ocurrido en el ejercicio anterior al año de reporte, este campo deberá llenarse con |0|.

**C025, C035, C045 Monto de Honorarios Médicos Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se identificará según corresponda el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) a la fecha de reporte por los honorarios médicos del primer (campo C025), segundo (campo C035) y tercer (campo C045) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponde el registro.

Cuando no haya ocurrido ningún evento hospitalario al asegurado en el año de reporte, o bien no se hayan reportado ocurrencias por honorarios médicos en el año de reporte del primer, segundo o tercer evento hospitalario ocurrido en el ejercicio anterior al año de reporte, este campo deberá llenarse con |0|.

**C026, C036, C046 Días de Estancia Hospitalaria Evento 1, 2 y 3**: En caso de que el primer (campo C026), segundo (campo C036) y tercer (campo C046) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponde el registro sea internamiento (1 en el campo C018, C028 o C038, respectivamente), se registrará el número de días de estancia hospitalaria del evento, en caso de haber concluido a la fecha de reporte.

Cuando no haya ocurrido ningún evento hospitalario al asegurado en el año de reporte o el primer, segundo o tercer evento sea de tipo ambulatorio (2 en el campo C018, C028 o C038, respectivamente), este campo deberá llenarse con |0|. En caso de que el primer, segundo o tercer evento hospitalario sea internamiento (1 en el campo C018, C028 o C038, respectivamente) y no haya concluido a la fecha de reporte, este campo deberá llenarse como 999.

**C027, C037, C047 Número de Hospital o Centro Ambulatorio Evento Hospitalario 1, 2 y 3**: Se registrará según corresponda la clave de identificación según el Directorio de Unidades Médicas por Entidad Federativa de la Secretaria de Salud (DUMEF – Catálogo 81) del hospital o del centro ambulatorio principal (en caso de no tener la clave del mismo, se deberá capturar el RFC correspondiente), en el que se haya atendido el primer (campo C027), segundo (campo C037) o tercer (campo C047) evento hospitalario ocurrido en el año de reporte del asegurado a quien corresponde el registro.

Cuando no haya ocurrido ningún evento hospitalario al asegurado en el año de reporte, este campo deberá estar vacío.

**C048 Número de Otros Eventos Hospitalarios**: Se especificará el número de otros eventos hospitalarios ocurridos en el año de reporte al asegurado a quien corresponde el registro.

Cuando no haya ocurrido ningún otro evento hospitalario del asegurado en el año de reporte, este campo deberá llenarse con |0|.

**C049 Monto de Hospitalización Otros Eventos Hospitalarios**: Se identificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por otros eventos hospitalarios ocurridos en el año de reporte al asegurado a quien corresponde el registro, incluyendo los gastos por hospitalización, exámenes de laboratorio y de imagenología, estudios de gabinete, medicamentos y demás gastos por otros conceptos.

Cuando no haya ocurrido ningún otro evento hospitalario del asegurado en el año de reporte, este campo deberá llenarse con |0|.

**C050 Monto de Honorarios Médicos Otros Eventos Hospitalarios**: Se identificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por honorarios médicos de otros eventos hospitalarios ocurridos en el año de reporte al asegurado a quien corresponde el registro.

Cuando no haya ocurrido ningún otro evento hospitalario del asegurado en el año de reporte, este campo deberá llenarse con |0|.

**Consultas Externas por Diagnóstico**

Las variables contenidas en la tabla anexa, deberán reportarse para los Diagnósticos 1 al 10 según las claves de campos asignadas y utilizando las definiciones descritas a continuación de la tabla:

| No. Diag- . nóstico  Variable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave diagnóstico | C051 | C063 | C075 | C087 | C099 | C111 | C123 | C135 | C147 | C159 |
| Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico | C052 | C064 | C076 | C088 | C100 | C112 | C124 | C136 | C148 | C160 |
| Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico | C053 | C065 | C077 | C088 | C101 | C113 | C125 | C137 | C149 | C161 |
| Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico | C054 | C066 | C078 | C090 | C102 | C114 | C126 | C138 | C150 | C162 |
| Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico | C055 | C067 | C079 | C092 | C103 | C115 | C127 | C139 | C151 | C163 |
| Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico | C056 | C068 | C080 | C092 | C104 | C116 | C128 | C140 | C152 | C164 |
| Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico | C057 | C069 | C081 | C093 | C105 | C117 | C129 | C141 | C153 | C165 |
| Número de Exámenes de Imagenología y Estudios de Gabinete Diagnóstico | C058 | C070 | C082 | C094 | C106 | C118 | C130 | C142 | C154 | C166 |
| Monto de Exámenes de Imagenología y Estudios de Gabinete Diagnóstico | C059 | C071 | C083 | C095 | C107 | C119 | C131 | C143 | C155 | C167 |
| Número de Medicamentos Diagnóstico | C060 | C072 | C084 | C096 | C108 | C120 | C132 | C144 | C156 | C168 |
| Monto de Medicamentos Diagnóstico | C061 | C073 | C085 | C097 | C109 | C121 | C133 | C145 | C157 | C169 |
| Monto por Otros Conceptos Diagnóstico | C062 | C074 | C086 | C098 | C110 | C122 | C134 | C146 | C158 | C170 |

**C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147, C159,**

**Clave Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Para cada padecimiento por el cual el asegurado al que corresponde el registro haya acudido a consulta(s) externa(s) en el año de reporte, se especificará la clave del padecimiento correspondiente de acuerdo al catálogo 10.1.

La primer clave diagnóstico que deberá llenarse es la 1, después la 2, y así sucesivamente hasta la 10. Se deberá reportar la clave que corresponda, según el referido catálogo 10.1, a cada uno de los diagnósticos relacionados con el asegurado que hayan generado en el ejercicio de reporte movimiento(s) por utilización de los servicios médicos comprendidos en las variables de la tabla anterior.

**C052, C064, C076, C088, C100, C112, C124, C136, C148, C160,**

**Número de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se especificará el número total de consultas externas de primer contacto a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con ceros en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consulta externa de primer contacto en el año de reporte como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico haya sido llenado con “0000”.

**C053, C065, C077, C089, C101, C113, C125, C137, C149, C161,**

**Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por la(s) consulta(s) externa(s) de primer contacto a la(s) que el asegurado haya acudido durante el año de reporte como consecuencia del padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con ceros en los siguientes casos:

● Cuando en el año de reporte no haya(n) monto(s) por consulta(s) externa(s) de primer contacto a la(s) que el asegurado haya acudido como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C054, C066, C078, C090, C102, C114, C126, C138, C150, C162,**

**Número de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se especificará el número total de consultas externas de especialidad a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consulta externa de especialidad en el año de reporte como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C055, C067, C079, C091, C103, C115, C127, C139, C151, C163,**

**Monto de Consultas Externas de Especialidad Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por la(s) consulta(s) externa(s) de especialidad a la(s) que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando en el año de reporte no haya(n) monto(s) por consulta(s) externa(s) de especialidad a la(s) que el asegurado haya acudido como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C056, C078, C080, C092, C104, C116, C128, C140, C152, C164,**

**Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se registrará el número total de exámenes de laboratorio clínico que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con ceros en los siguientes casos:

● Cuando al asegurado no se le hayan practicado exámenes de laboratorio clínico en el año de reporte como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico haya sido llenado con “0000”.

**C057, C069, C081, C093, C105, C117, C129, C141, C153, C165,**

**Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por el(los) examen(es) de laboratorio clínico que se haya(n) practicado al asegurado durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando en el año de reporte no haya(n) monto(s) por examen(es) de laboratorio clínico practicado(s) al asegurado como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C058, C070, C082, C094, C106, C118, C130, C142, C154, C166,**

**Número de Exámenes de Imagenología y Estudios de Gabinete Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se registrará el número total de exámenes de imagenología y estudios de gabinete que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando al asegurado no se le hayan practicado exámenes de imagenología y estudios de gabinete en el año de reporte como consecuencia del padecimiento reportado en campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico haya sido llenado con “0000”.

**C059, C071, C083, C095, C107, C119, C131, C143, C155, C167,**

**Monto de Exámenes de Imagenología y Estudios de Gabinete Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por el(los) examen(es) de imagenología o el(los) estudio(s) de gabinete que se haya(n) practicado al asegurado durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando en el año de reporte no haya(n) monto(s) por examen(es) de imagenología y estudio(s) de gabinete practicado(s) al asegurado como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C061, C072, C084, C096, C108, C120, C132, C144, C156, C168,**

**Número de Medicamentos Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se especificará el número total de medicamentos por tipo de sustancia activa que se hayan recetado al asegurado a quien corresponde el registro durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando al asegurado no se le hayan recetado medicamentos en el año de reporte como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico haya sido llenado con “0000”.

**C061, C073, C085, C097, C109, C121, C133, C145, C157, C169,**

**Monto de Medicamentos Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por el(los) medicamento(s) que se haya(n) recetado al asegurado a quien corresponde el registro durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando en el año de reporte no haya(n) monto(s) por medicamento(s) recetados al asegurado como consecuencia del padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C062, C074, C086, C098, C110, C122, C134, C146, C158, C170,**

**Monto por Otros Conceptos Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) en el año de reporte por conceptos diferentes a los especificados en las variables “Monto de consultas externas de primer contacto”, “Monto de consultas externas de especialidad”, “Monto de exámenes de laboratorio clínico”, “Monto de exámenes de imagenología y estudios de gabinete” y “Monto de medicamentos”, resultado de las consultas externas a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente, de aquellas pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte. Para el caso de las pólizas que tuvieron monto(s) por conceptos diferentes a los especificados en las variables “Monto de consultas externas de primer contacto”, “Monto de consultas externas de especialidad”, “Monto de exámenes de laboratorio clínico”, “Monto de exámenes de imagenología y estudios de gabinete” y “Monto de medicamentos”, resultado de las consultas externas a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por el padecimiento registrado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando en el año de reporte no haya(n) monto(s) por concepto(s) diferente(s) a los especificados en las variables “Monto de consultas externas de primer contacto”, “Monto de consultas externas de especialidad”, “Monto de exámenes de laboratorio clínico”, “Monto de exámenes de imagenología y estudios de gabinete” y “Monto de medicamentos” relacionados con el padecimiento reportado en el campo clave diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o 10, respectivamente.

● Cuando el campo clave diagnóstico respectivo haya sido llenado con “0000”.

**C171 Número de Consultas Externas de Primer Contacto Otros Diagnósticos**: Se especificará el número de consultas externas de primer contacto a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte como consecuencia de padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas como consecuencia de algún padecimiento clasificado en el catálogo 10.1.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas de primer contacto en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C172 Monto de Consultas Externas de Primer Contacto Otros Diagnósticos**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las consultas externas de primer contacto a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte como consecuencia de padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas como consecuencia de algún padecimiento en el año de reporte.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas de primer contacto en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C173 Número de Consultas Externas de Especialidad Otros Diagnósticos**: Se especificará el número total de consultas externas de especialidad a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con ceros en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento clasificado en el catálogo 10.1.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas de especialidad en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C174 Monto de Consultas Externas de Especialidad Otros Diagnósticos**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las consultas externas de especialidad a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento y no hayan montos por consultas externas de especialidad a las que el asegurado haya acudido en ejercicios anteriores por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas de especialidad en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C175 Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Otros Diagnósticos**: Se registrará el número total de exámenes de laboratorio clínico que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento clasificado en el catálogo 10.1.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando al asegurado no se le hayan practicado exámenes de laboratorio clínico en el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C176 Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Otros Diagnósticos**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por los exámenes de laboratorio clínico que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando al asegurado no se le hayan practicado exámenes de laboratorio clínico en el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C177 Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Otros Diagnósticos**: Se registrará el número total de exámenes de imagenología y gabinete que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento clasificado en el catálogo 10.1.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando al asegurado no se le hayan practicado exámenes de imagenología y gabinete en el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C178 Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Otros Diagnósticos**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por los exámenes de imagenología y gabinete que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con ceros en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento y no se hayan efectuado pagos por exámenes de imagenología y gabinete practicados al asegurado.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando al asegurado no se le hayan practicado exámenes de imagenología y gabinete en el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C179 Número de Medicamentos Otros Diagnósticos**: Se especificará el número total de medicamentos por tipo de sustancia activa que se hayan recetado al asegurado a quien corresponde el registro durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con ceros en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún padecimiento clasificado en el catálogo 10.1.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando al asegurado no se le hayan recetado medicamentos en el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C180 Monto de Medicamentos Otros Diagnósticos**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por los medicamentos que se hayan recetado al asegurado a quien corresponde el registro durante el año de por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando al asegurado no se le hayan recetado medicamentos en el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**C181 Monto por Otros Conceptos Otros Diagnósticos**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por conceptos diferentes a los especificados en las variables C171 a C180, resultado de las consultas externas a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

Este campo deberá llenarse con |0| en los siguientes casos:

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte como consecuencia de algún.

● Cuando el asegurado no haya acudido a consultas externas en el año de reporte por alguna enfermedad diferente a las registradas en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

● Cuando en el año de reporte no se haya pagado un monto por conceptos diferentes a los especificados en las variables C173 a C182 a por padecimientos diferentes a los registrados en las variables C051, C063, C075, C087, C099, C111, C123, C135, C147 y C159.

**Prevención**

**C182 Número de Consultas Externas Prenatales**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea mujer (F en el campo C005), se registrará el número total de consultas externas prenatales a las que acudió durante el año de reporte, de aquellas pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte. Las consultas externas prenatales se refieren a la atención dirigida a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, pre-eclampsia, infecciones cérvico - uterinos e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas o sea hombre (M en el campo C005), este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C183 Monto de Consultas Externas Prenatales**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea mujer (F en el campo C005), se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las consultas externas prenatales a las que acudió el asegurado durante el año de reporte.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas o sea hombre (M en el campo C005), este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C184 Número de Consultas Externas a Puérperas**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea mujer (F en el campo C005) y haya tenido un parto, se registrará el número total de consultas externas a puérperas a las que acudió durante el año de reporte, de aquellas pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte. Las consultas externas a puérperas se refieren a la atención que sigue al alumbramiento.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas o sea hombre (M en el campo C005), este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C185 Monto de Consultas Externas a Puérperas**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea mujer (F en el campo C005), se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las consultas externas a puérperas a las que acudió el asegurado durante el año de reporte.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas o sea hombre (M en el campo C005), este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C186 Condición del Recién Nacido**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea un recién nacido asegurado en el año de reporte, se especificará si nació sano = “**1**”, enfermo = “**2**” o muerto = “**0**”. En caso de que el registro no sea un asegurado recién nacido, en este campo deberá estar vacío.

**C187 Número de Semanas de Gestación Aborto**: En caso de que el asegurado al que corresponda el registro sea mujer (F en el campo C005) y haya tenido un aborto (cubierto por la póliza), se especificará el número de semanas de gestación del producto de la concepción al ocurrir el aborto.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya tenido un aborto o no esté cubierto el aborto o sea hombre (M en el campo C005), este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C188 Número de Consultas Externas de Planificación Familiar**: Se registrará el número total de consultas externas de planificación familiar a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte y esté cubierto por la póliza, de aquellas pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte. La planificación familiar es el conjunto de acciones tendientes a producir una actitud consciente de la pareja ante la reproducción, para que decidan voluntariamente el número de hijos y el espaciamiento de los embarazos.

En caso de que el asegurado no haya acudido a este tipo de consultas o no estén cubiertos por la póliza, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C189 Método de Planificación Familiar**: Se especificará el método de planificación familiar empleado por el asegurado durante el año de reporte de acuerdo al catálogo 65 y esté cubierto por la póliza.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea hombre (M en el campo C005), este campo solamente podrá llenarse con las claves 3 y 4 del citado catálogo y si no está cubierto por la póliza, se reportará |0|.

**C190 Monto de Planificación Familiar**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por consultas de planificación familiar a las que haya acudido el asegurado y esté cubierto por la póliza, así como por los métodos de planificación familiar por él empleados durante el año de reporte.

En caso de que el asegurado no haya acudido a consultas de planificación familiar o no esté cubierto por la póliza o no hiciera uso de métodos para la planificación familiar durante el año de reporte, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C191 Número de Consultas Externas Niño Sano**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea menor de 16años de edad, se registrará el número total de consultas externas de niño sano a las que acudió durante el año de reporte, de aquellas pólizas que hayan estado en vigor en el ejercicio de que se trate, independientemente de que la póliza no se encuentre en vigor a la fecha de reporte. Las consultas de niño sano implican llevar a cabo actividades de promoción, diagnóstico, tratamiento y recuperación que se engloban dentro del control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas o sea mayor de 16 años de edad, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C192 Monto de Consultas Externas Niño Sano**: En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro sea menor de 16 años de edad, se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las consultas externas de niño sano del asegurado durante el año de reporte.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas o sea mayor de 16 años de edad, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|

**C193 Vacunas**: Se especificará en primera instancia si la ISES tiene conocimiento de que al asegurado al que corresponde el registro ha recibido el esquema completo (opción B) o incompleto (opción C) de vacunación en el año de reporte; de no conocer lo anterior, la ISES deberá reportar el número de vacunas aplicadas por la ISES, utilizando el 9 para el caso de 9 vacunas o más; por último, si la ISES desconoce el esquema de vacunación y no aplicó ninguna vacuna, deberá reportar que “No se tiene conocimiento” (opción A); lo anterior de acuerdo con el catálogo 66. La vacunación se refiere a la administración de un producto inmunizante a un organismo, con el objeto de protegerlo contra una enfermedad determinada.

**C194 Monto de Consultas Externas Vacunación**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las consultas externas de vacunas administradas al asegurado durante el año de reporte.

En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro no haya acudido a este tipo de consultas externas de vacunación, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|

**C195 Detección de Cáncer Cérvico Uterino / Mama / Próstata:** En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro haya acudido a consultas de detección de cáncer cérvico uterino, de mama o de próstata, se especificará el resultado de cada una de las pruebas, de acuerdo al catálogo 67. Este campo tiene 3 caracteres, en el primero se registrará el resultado de la prueba de detección de cáncer cérvico uterino, en el segundo el correspondiente al cáncer de mama y en el tercero al cáncer de próstata.

**C196 Detección de Diabetes / Hipertensión / Dislipidemias:** En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro haya acudido a consultas de detección de diabetes, de hipertensión o de dislipidemias, se especificará el resultado de cada una de las pruebas, de acuerdo al catálogo 67. Este campo tiene 3 caracteres, en el primero se registrará el resultado de la prueba de detección de diabetes, en el segundo el correspondiente a hipertensión y en el tercero dislipidemias. Las dislipidemias se refieren a alteraciones en el metabolismo de los lípidos, colesterol y triglicéridos así como de las partículas que los transportan.

**C197 Número de Otras Consultas Externas de Prevención**: Se especificará el número de otras consultas externas de prevención a las que el asegurado haya acudido en el año de reporte, diferentes a las especificadas en las variables C182 a C196.

En caso de que el asegurado no haya acudido a otras consultas externas de prevención diferentes a las especificadas en las variables C182 a C196, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C198 Monto de Otras Consultas Externas de Prevención**: Se especificará el importe total de las consultas externas de prevención a las que el asegurado haya acudido en el año de reporte, diferentes a las especificadas en las variables C182 a C196.

En caso de que el asegurado no haya acudido a otras consultas externas de prevención diferentes a las especificadas en las variables C182 a C196, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|

**C199 Número de Exámenes de Laboratorio Clínico Prevención**: Se registrará el número total de exámenes de laboratorio clínico que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C182 a C196.

En caso de que al asegurado no haya acudido a consultas externas de prevención o bien no se le hayan practicado exámenes de laboratorio clínico por las consultas externas especificadas en las variables C182 a C196, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|

**C200 Monto de Exámenes de Laboratorio Clínico Prevención**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por los exámenes de laboratorio clínico que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C182 a C196.

En caso de que el asegurado no haya acudido a consultas externas de prevención o bien no se le hayan practicado exámenes de laboratorio clínico por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C182 a C196, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**C201 Número de Exámenes de Imagenología y Gabinete Prevención**: Se registrará el número total de exámenes de imagenología y gabinete que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C182 a C196.

En caso de que el asegurado no haya acudido a consultas externas de prevención o bien no se le hayan practicado exámenes de imagenología y gabinete por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C182 a C196, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|

**C202 Monto de Exámenes de Imagenología y Gabinete Prevención**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por los exámenes de imagenología y gabinete que se hayan practicado al asegurado durante el año de reporte por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C182 a C196.

En caso de que el asegurado no haya acudido a consultas externas de prevención o bien no se le hayan practicado exámenes de imagenología y gabinete por las consultas externas de prevención especificadas en las variables C184 a C198, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|

**C203 Monto Total por Otros Conceptos Prevención**: Se registrará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por conceptos diferentes a los especificados en las variables C182 a C196, resultado de las consultas externas de prevención a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte.

En caso de que el asegurado no haya acudido a consultas externas de prevención o bien no se haya pagado un monto por conceptos diferentes a los especificados en las variables C182 a C196, este campo deberá reportarse como campo sin información |0|.

**Salud Bucal**

**C204 Número de Acciones Preventivas Salud Bucal**: Se especificará el número de acciones de atención preventiva de salud bucal a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte. Se entiende como atenciones preventivas de salud bucal todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección específica, diagnóstico y control realizadas en beneficio de la salud bucal del individuo.

**C205 Número de Acciones Curativas Salud Bucal**: Se especificará el número de acciones de atención curativa de salud bucal a las que el asegurado haya acudido durante el año de reporte. Las atenciones curativas de salud bucal se refieren a todas aquellas acciones para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control de las alteraciones bucales.

**C206 Monto de Acciones Salud Bucal**: Se especificará el importe total ocurrido (incluyendo el importe correspondiente al copago o coaseguro) por las acciones de atención de salud bucal, tanto preventivas como curativas, a las que acudió el asegurado a quien corresponde el registro durante el año de reporte.

**Datos Complementarios**

**C207 Coberturas**: Se especificará el tipo de cobertura que tiene la póliza, de acuerdo al catálogo 17.1 y haciendo concordancia con lo reportado en los campos a los que se hace referencia en este mismo.

**C208 Subtipo de Seguro:** Se reportará mediante la clave del catálogo 83.

**IV Catálogos**

Los catálogos referidos en el presente anexo se darán a conocer mediante las disposiciones administrativas que para tal efecto emitirá esta Comisión.