

Médicos sin convenio con MetLife

MetLife como líder en el sector asegurador está comprometido en llevar a cabo las mejores prácticas operativas que nos ayuden a proporcionar un servicio de calidad a nuestros ASEGURADOS, a través de políticas alineadas a nuestros productos de Gastos Médicos Mayores, es por ello que:

Para el registro del PAGO UNICO se establece de manera obligatoria que los prestadores de servicios médicos que no celebran convenio con MetLife deberán realizar los siguientes pasos:

Correo de contacto: nuevaformadepago@metlife.com.mx

Enviar a este correo electrónico la siguiente documentación digitalizada **en formato PDF legible**. (Para este trámite no se requiere documentación en físico):

PERSONAS FISICAS

1. **Instrucción de Pago por Transferencia Electrónica.** Con fecha reciente, debidamente lleno en todos sus campos y firmado de manera Autógrafa como figura en su **Identificación Oficial** sin tachaduras o enmendaduras. [La instrucción de pago se encuentra en la última página de este documento y sirve tanto para personas físicas como para personas morales.](#)
2. **Identificación Oficial Vigente por ambos lados con fotografía (Credencial para Votar o Pasaporte)**, en el caso de ser extranjero deberá presentar su credencial de residente temporal o permanente.
3. **Estado de cuenta bancario vigente (cuenta de cheques o de ahorro)** que contenga los siguientes datos:
 1. Membrete de la institución bancaria.
 2. Nombre del titular (No cuentas mancomunadas).
 3. Fecha o periodo de corte (No sea mayor a 3 meses).
 4. Número de CLABE interbancaria (18 dígitos).
 5. No se tomaran en cuenta consultas de internet ni cartas emitidas por su institución bancaria.
4. **Carta Autorización de Pago Directo.** (Documento donde se encuentran los honorarios médicos a cobrar).
5. **Cédula Profesional y Cédula de Especialidad** emitida por la DGP de quien presto los servicios, anverso y reverso (solo se tomarán en cuenta las **CREDECIALES**) ó en su caso, presentar la Carta Autorización emitida por la DGP para ejercer la especialidad. Ejemplos:



6. **Constancia de situación fiscal o inscripción al RFC.** que contenga el domicilio fiscal.

Ejemplos:



PERSONAS MORALES

1. **Instrucción de Pago por Transferencia Electrónica.** Con fecha reciente, debidamente lleno en todos sus campos con datos de la sociedad, firmado por su representante legal y por el médico que presto lo servicios como figuran en sus **Identificaciones Oficiales** sin tachaduras o enmendaduras. [La instrucción de pago se encuentra en la última página de este documento y sirve tanto para personas físicas como para personas morales.](#)
2. **Identificación Oficial Vigente por ambos lados con fotografía (Credencial para Votar ó Pasaporte),** de su representante legal y del médico que presto los servicios, en el caso de ser extranjeros deberá presentar su credencial de residente temporal o permanente.
3. **Estado de cuenta bancario vigente (cuenta de cheques o de ahorro),** que contenga los siguientes datos:
 - a. Membrete de la institución bancaria.
 - b. Nombre del titular. (No cuentas mancomunadas).
 - c. Fecha o periodo de corte (No sea mayor a 3 meses).
 - d. Número de CLABE interbancaria (18 dígitos).
 - e. No se tomaran en cuenta consultas de internet ni cartas emitidas por su institución bancaria.
4. **Carta Autorización de Pago Directo.** (Documento donde se encuentran los honorarios médicos a cobrar).
5. **Cédula Profesional y Cédula de Especialidad** emitida por la DGP de quien presto los servicios, anverso y reverso (solo se tomarán en cuenta las **CREDECIALES**) o en su caso, presentar la Carta Autorización emitida por la DGP para ejercer la especialidad. Ejemplos:



6. **Acta Constitutiva completa y poder notarial (Completo)** donde figure el médico que presto los servicios como socio **capitalista**.

7. **Constancia de situación fiscal o inscripción al RFC.** que contenga el domicilio fiscal. Ejemplos:

The image shows two examples of Mexican tax registration forms (RFC). The left form is titled "INSCRIPCIÓN EN EL RFC" and includes fields for "CLAVE DEL RFC" and "RELACIONES". The right form is a "Constancia de inscripción al RFC" with a QR code and a table for "RELACIONES".

Nota: MetLife realiza pagos únicamente a los médicos que proporcionaron el servicio, por lo cual es necesario que dentro de la sociedad figuren como socios capitalistas los nombres de cada uno de los médicos que participaron en el evento quirúrgico. En caso contrario es necesario que cada uno solicite su registro de cuenta bancaria como persona física

Instrucción de pago por transferencia electrónica

Día Mes Año

Solicito y autorizo a Metlife México, S.A. Para cualquier pago que proceda a mi favor derivado de la prestación de servicios que yo realice, me sea efectuado por transferencia electrónica de fondos, a partir de la recepción de la presente, y subsecuentes reclamaciones, para el efecto, proporciono los siguientes datos.

Nombre: _____

RFC: _____

Especialidad: _____ Cédula Profesional: _____

Número de cuenta: _____
Solo se podrá realizar a cuentas de ahorro, de cheques y tarjeta de debito

Sucursal N°: _____ Plaza N°: _____

Nombre del Banco: _____

Cuenta CLABE: _____

Cuenta de correo electrónico (email): _____

Lada: _____ Tel: _____

Estado: _____ Ciudad: _____

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a la carta de autorización previa, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Metlife México S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda para todos los trámites.

De igual manera, en caso de cancelación o cambio de cuenta será mi responsabilidad notificar por escrito, y presentar datos actualizados de la nueva cuenta bancaria al área autorizada por MetLife México S.A.

Importante: Es necesario que la cuenta señalada aparezca a nombre del proveedor médico y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

El que suscribe, solicita y autoriza a suministrar a MetLife México S.A. toda la información con relación a los datos requeridos para registrar la cuenta bancaria, los documentos de esta autorización deberán ser considerados tan efectivos y validos como el original.

Nombre y Firma del Proveedor Médico.