

Alta nuevo proveedor: Médicos

Para registrarte como nuevo proveedor de MetLife:

- 1 Ingresar al link:
<https://servicios.metlife.com.mx/wps/portal/publico/psupplier>
- 2 Y llena el formulario que aparece:

Portal de Proveedores - Alta nuevo proveedor

☐ Hospital ☐ Médico ☒ Servicios Auxiliares

Datos a capturar

RED ▼

Número de siniestro

Folio de carta emitida por cirugía programada

Monto autorizado por la carta

Correo electrónico

Escribe tu correo electrónico

Marca la casilla correspondiente

El primer campo es obligatorio

Es importante que registres un correo electrónico válido, para poder contactarte

Una vez concluido el formulario, marca la casilla de nuestro [aviso de privacidad](#) y da clic en [SIGUIENTE](#)



3

Llena tus datos y especifica tu(s) especialidad(es):

Portal de Proveedores - Alta nuevo proveedor

Estimado proveedor de servicios médicos.

Para comenzar el proceso de evaluación como proveedor médico de MetLife es necesario enviar la siguiente información:

Datos del médico

Nombre del médico
NOMBRE DEL MEDICO

Apellido paterno del médico
APELL PAT MEDICO

Apellido materno del médico
PAELL MAT MEDICO

Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino

Primer teléfono para contacto
5555555555

Datos de la especialidad, subespecialidad y cédula

Especialidad
CARDIOLOGIA

Subespecialidad
CARDIOLOGIA GERIATRICA

Cédula del médico

AGREGAR

Especialidad	Subespecialidad	Cédula	Eliminar
CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA GERIATRICA		



Puedes agregar tu **especialidad y subespecialidad** en la lista desplegable.

De ser necesario, puedes eliminar el registro en el botón marcado.

- 4 En el apartado de **Datos del hospital, staff y tipo de facturación**, considera lo siguiente:

Datos del hospital, staff y tipo de facturación

Estado donde brinda sus servicios
CIUDAD DE MEXICO

Ciudad donde brinda sus servicios
CIUDAD DE MEXICO

Hospital al que tiene acceso
ALEGRETO LASER CENTER

Forma parte del staff del hospital
SI

Tipo de facturación
PERSONA FISICA

AGREGAR

Hospital base	Hospital	Forma parte del Staff	Tipo de facturación	Eliminar
☒	ALEGRETO LASER CENTER	SI	FISICA	

LIMPIAR FORMULARIO CANCELAR ENVIAR

Ingresa todos los hospitales donde tienes acceso.

¡Listo!

Da clic en enviar para finalizar el registro



- 5 Confirma que el proceso haya sido enviado correctamente con la pantalla de confirmación y la copia de esta información que llegará al correo registrado:

Tu solicitud de Alta de Proveedor ha sido recibida.



Tiempo restante de la sesión: 09:54

A continuación encontrarás tu folio de recepción, por lo que es importante que conserves este número o lo imprimas para su referencia posterior.

Folio de Recepción: **20220127MMBWA1129503**

Fecha y hora de solicitud: **27/01/2022 11:29:50 horas**

Una vez concluido el trámite recibirás la notificación del estatus vía correo electrónico.

Te recordamos que la recepción del trámite está sujeta a validación de los documentos e información contenida contra el marco legal vigente, y no constituye obligación de pago de servicios médicos.

Terminar

Imprimir

¡Ojo!

Guarda tu folio de recepción para el seguimiento del caso.

Seguimiento de solicitud

En cuanto tu solicitud sea atendida, recibirás un correo con el seguimiento y datos requeridos adicionales:



Da clic en el hipervínculo para completar la información.



Se desplegarán los datos que previamente habías ingresado.
Completa el formulario con la información faltante:

Tipo de proveedor	
DCN	20220127MMBWA1129503
Tipo de proveedor	MEDICO DE NO RED
Correo electrónico	
Primer teléfono para contacto	555555555
Segundo teléfono para contacto	666666666

El RFC debe ser con
homoclave.

Ingresa tus datos de identificación, cédula profesional y los datos del consultorio:

Datos de identificación	
Nombre del médico	NOMBRE DEL MEDICO
Apellido paterno del médico	APELL PAT MEDICO
Apellido materno del médico	PAELL MAT MEDICO
Sexo	MASCULINO
Tiene telemedicina:	☐ Sí ☒ No
RFC	
Cédula profesional	
Número de certificado de consejo	
Vigencia inicial mm/dd/yyyy	

Ingrese el RFC.



Para poder llenar los campos de Latitud y Longitud en [Datos del Consultorio](#):

Número exterior
Latitud
Longitud



- 1 Ingresa a <https://www.google.com.mx/maps>
- 2 En Google Maps, ubica la dirección del consultorio, ya sea una dirección particular o un hospital.
- 3 Ubica el lugar en el mapa y da clic derecho para abrir mayor detalle de la ubicación.

El primer número marcado es la **Latitud**, y el segundo es la **Longitud**.



Ahora, agrega toda tu **Información Fiscal**:

Información fiscal	
Nombre completo del médico	NOMBRE DEL MEDICO APELL PAT MEDICO PAELL MAT MEDICO
RFC	
Correo de notificación de pagos	correo@com.mx
Código postal	97001
Estado	YUCATAN
Ciudad	MÉRIDA
Delegación	MERIDA
Colonia	ADMINISTRACION 1 MERIDA
Calle	BOMBA



En el apartado de **Datos bancarios**:

Datos bancarios

Tipo de pago
DEPÓSITO SPEI A OTROS BANCOS (CLABE) ▼

Banco
HSBC ▼

CLABE interbancaria
02187777665443456

Referencia
345

SIGUIENTE

De la lista, seleccione el tipo de pago que desea que MetLife realice, así como el nombre del banco, CLABE y referencia.

¡Ojo!

Revisa que la CLABE interbancaria sea correcta



En el apartado de **Carga de documentos**:

Archivos a cargar

Acta constitutiva (completa)

Cargar archivo

Acta constitutiva (Completa).pdf 55 KB

Poder legal del representante (poder para actos de administración)

Cargar archivo

Poder legal del representante .pdf 59 KB

Identificación oficial vigente con fotografía (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte) del apoderado legal

Cargar archivo

En este apartado, deberás cargar en cada sección el documento correspondiente necesario de acuerdo al siguiente checklist del tipo de proveedor que aplica para su registro.

Para cargar un documento, da clic en “Cargar archivo”.



Favor de considerar este checklist, al momento de cargar tus documentos.

No.	Checklist	Hospitales	Serv. Aux.	Médicos	Médico sin convenio
1	Cédula de proveedores	X	X	X	NA
2	Convenio	X	X	X	NA
3	Acta constitutiva	X	X	NA	X
4	Poder legal del representante	X	X	NA	X
5	Identificación Oficial Vigente (Credencial para Votar, Cedula Profesional, Pasaporte) del Apoderado legal	X	X	NA	NA
6	Identificación Oficial Vigente (Credencial para Votar, Cedula Profesional, Pasaporte)	NA	NA	X	X
7	RFC	X	X	X	X
8	Licencia Sanitaria de funcionamiento	X	X	NA	NA
9	Registro sanitario de dispositivos médicos	X	X	NA	NA
10	Aviso de funcionamiento sanitario	X	X	NA	NA
11	Licencia de funcionamiento estatal o municipal	X	X	NA	NA
12	Comprobante de Domicilio fiscal actualizado (no mayor a seis meses de antigüedad a la fecha de la firma del contrato)	X	X	X	NA
13	Lista de Precios Actualizada a la fecha de la firma del contrato	X	X	NA	NA
14	Cédula profesional y/o Certificado del personal	NA	X	NA	NA
15	Póliza de responsabilidad civil vigente	X	X	X	NA
16	Información para el pago vía transferencia electrónica	X	X	X	X
17	Estado de Cuenta Bancario (Cheques o Débito) con CLABE (no mayor a seis meses de antigüedad a la fecha de la firma del contrato)	X	X	X	X
18	Carta de negociación de beneficios en papel membretado y firmado por el proveedor	X	X	NA	NA
19	Requisitar el formato RFI	X	X	X	NA
20	FCPA - Anexo 1 (1.a. Formatos contratos con terceros)	X	X	X	NA
21	FCPA - Anexo 2 (Relaciones con funcionarios)	X	X	X	NA
22	FCPA - Anexo 3 (Búsqueda internet)	X	X	X	NA
23	Cédula profesional de la carrera	NA	NA	X	X
24	Evidencia de búsqueda en la página de la DGP	NA	NA	X	NA
25	Cédula profesional de la especialidad	NA	NA	X	NA
26	Evidencia de búsqueda en la página de la DGP	NA	NA	X	NA



Una vez que hayas terminado, da clic en **ENVIAR**.

LIMPIAR FORMULARIO	CANCELAR	ENVIAR
---------------------------	-----------------	---------------

Al igual que en el registro, aparecerá una **pantalla de confirmación** y se te enviará un **correo electrónico**.

Tu solicitud de Alta de Proveedor ha sido recibida.

Tiempo restante de la sesión: 09:40

A continuación encontrarás tu folio de recepción, por lo que es importante que conserves este número o lo imprimas para su referencia posterior.

Folio de Recepción: **20220127MMBWA1129503**

Fecha y hora de solicitud: **27/01/2022 12:16:15 horas**

Una vez concluido el trámite recibirás la notificación del estatus vía correo electrónico.

Te recordamos que la recepción del trámite está sujeta a validación de los documentos e información contenida contra el marco legal vigente, y no constituye obligación de pago de servicios médicos.

TerminarImprimir

Nota: En caso de que se omita algún documento obligatorio mencionado en el checklist, el portal mostrará un mensaje similar al siguiente, indicando el documento obligatorio faltante:

- El archivo "Poder legal del representante" es requerido.
- El archivo "Identificación oficial vigente" es requerido.
- El archivo "Inscripción al RFC y/o constancias de situación fiscal" es requerido.
- El archivo "Cédula profesional y/o certificado del personal" es requerido.
- El archivo "Instrucción de pago por transferencia electrónica" es requerido.
- El archivo "Estado de cuenta bancario" es requerido.

Preguntas frecuentes

¿Qué hago en caso de no tener consultorio por mi tipo de especialidad médica?

Le pedimos por favor registre su domicilio fiscal como consultorio.

En el campo “página”, ¿qué tipo de información se debe registrar?

Tu página web personal. En caso de no contar con una, favor de registrar “www.sinpagina.mx”

En el campo “número de consultorio”, ¿qué tipo de información se debe registrar?

Si tiene un solo consultorio favor de registrar como “1”, en caso de ingresar un segundo consultorio favor de registrar como “2”.

Una vez que se realizó el registro ¿qué pasos son los siguientes?

Posteriormente recibirá un segundo correo notificando la procedencia de su solicitud incluyendo un link donde continuará con el registro de su información.

¿Qué información se requiere capturar en los campos de latitud y longitud?

Estos campos corresponden a la geolocalización del lugar donde se da el servicio o atención médica.

Preguntas frecuentes

Si no se tiene certificado de consejo de especialidad, ¿qué se debe de registrar en los siguientes campos: Número de certificado, Vigencia Inicial, Vigencia Final?

Si no tiene especialidad estos campos podrán quedar vacíos.

En el apartado tipo de pago, ¿qué debo seleccionar?

1. Si su cuenta es Banamex debe de seleccionar “Depósito TEF Banamex”
2. Si su cuenta es de otro banco “Depósito SPEI a otros bancos (Clabe)”

En el campo “referencia” ¿qué debo de registrar?

Sólo el número “0”.

¿En que formato permite cargar los documentos?

Favor de cargar sus documentos en PDF.



Dudas

atnproveedoresmedicos@metlife.com.mx

Médicos sin convenio con MetLife

MetLife como líder en el sector asegurador está comprometido en llevar acabo 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:

Paso 1

- Ingresar a la siguiente Liga: <https://servicios.metlife.com.mx/wps/portal/publico/psupplier>
Realizar captura de información básica para iniciar proceso de registro.

Paso 2

- Después de realizar el paso 1, deberá recibir un correo junto con liga de acceso personalizado, deberá ingresar y continuar con carga de información complementaria y documentos en formato PDF.

Paso 3

- Después de realizar su carga de información favor de esperar su correo de confirmación junto con su Manual para carga de facturas.

Los documentos para adjuntar son los siguientes y deben contemplar las especificaciones mencionadas (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.



1. Instrucción de
Pago por Transferenci

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 tomarán 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 **CREDENCIALES**) 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:

