



**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

Apellido paterno del médico

Apellido materno del médico

Sexo:  Femenino  Masculino

Primer teléfono para contacto

**Datos de la especialidad, subespecialidad y cédula**

Especialidad

Subespecialidad

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
<input checked="" type="radio"/>	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:



 **MetLife**

NOMBRE DEL MEDICO APELL PAT MEDICO PAELL  
MAT MEDICO

**Tu solicitud de registro ha concluido exitosamente en su primer revisión.**

Has recibido este mensaje para que puedas finalizar tu registro con folio  
**20220127MMBWA1129503**

Por ello se ha generado una petición de **"Activación al portal de Alta de Proveedores Médicos"** en donde podrás ingresar de forma segura.

Te recordamos que por razones de seguridad tienes que hacer [clic aquí](#) para completar tu información en las próximas 48 horas.

Para cualquier duda o información adicional puedes contactarnos en el siguiente correo electrónico [atnproveedoresmedicos@metlife.com.mx](mailto:atnproveedoresmedicos@metlife.com.mx).

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  
5555555555

Segundo teléfono para contacto  
6666666666

**El RFC debe ser con homoclave.**

Ingresas 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)	<input type="text"/>
Banco HSBC	<input type="text"/>
CLABE interbancaria 02187777665443456	<input type="text"/>
Referencia 345	<input type="text"/>

**SIGUIENTE**

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

**¡Ojo!**

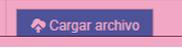
Revisa que la CLABE interbancaria sea correcta



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

Archivos a cargar
Acta constitutiva (completa)

Acta constitutiva (Completa).pdf 55 KB
Poder legal del representante (poder para actos de administración)

Poder legal del representante .pdf 59 KB
Identificación oficial vigente con fotografía (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte) del apoderado legal


Para cargar un documento, da clic en “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.

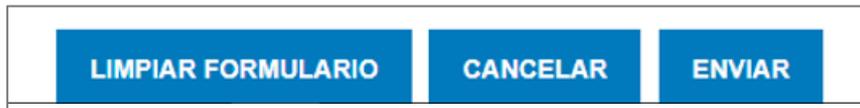


No.	Checklist	Hospitales	Serv. Aux.	Médicos	Médico sin convenio
1	Cédula de proveedores	X	X	X	NA
2	Convenio	X	X	X	NA
3	Acta constitutiva	X	X	NA	X
4	Poder legal del representante	X	X	NA	X
5	Identificación Oficial Vigente (Credencial para Votar, Cedula Profesional, Pasaporte) del Apoderado legal	X	X	NA	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

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



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

[Terminar](#) [Imprimir](#)

**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](http://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](mailto:atnproveedoresmedicos@metlife.com.mx)