

## **Procedimiento para trámite de ingreso de pago de Facturas Hospitalarias y/o Recibo de Honorarios 2018.**

### **Estimado Prestador de Servicio:**

Con el propósito de brindarles un mejor servicio en el trámite de ingreso para pago de sus FACTURAS y/o RECIBO DE HONORARIOS, les informa los requisitos indispensables que debe de cumplir cada uno de los trámites:

### **ENTREGA DE DOCUMENTACION FISICA DE HONORARIOS Y/O FACTURA GMM O ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES (EN EL SIGUIENTE ORDEN)**

- Impresión del Recibo de Honorarios y/o Factura PDF ( **Anotar o Incluir Número de Clave de Proveedor o Número ID de Prestador de Servicios** )
- Impresión del XML
- Impresión de la Carta de Autorización ( **Debe contener Número de Siniestro** )
- Impresión del correo electrónico **con el envío de los archivos electrónicos en su extensión .PDF y .XML** , así como la Carta de Autorización, a los correos:
- [facturacion.seguros@segurosvepormas.com](mailto:facturacion.seguros@segurosvepormas.com)
- [facturacion.siniestrospersonas@segurosvepormas.com](mailto:facturacion.siniestrospersonas@segurosvepormas.com)

### **DATOS FISCALES:**

Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México.

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más

R.F.C. SMS401001573

Forma de pago	99.- Por Definir
Método de Pago	PPD.- Pago en Parcialidades o Diferido
Institución bancaria de la cual se realizan los pagos	Banco Ve por Más
Últimos 4 dígitos de la cuenta bancaria	9138
Uso del CFDI	G03.- Gastos en general

### **PARA REALIZAR LA ENTREGA DE RECIBO DE HONORARIOS O FACTURAS:**

Por cada factura se deberá enviar un correo (**no se permite envíos masivos de archivos**).

**Indicar en el asunto del correo electrónico:**

**RAMO/PROVEEDOR/FACTURA (sin espacios, con diagonales y que el núm. de factura no contenga letras ni ceros)**

**EJEMPLO: SiniestrosPersonas/Dr.GUTIERREZ/2345 o SiniestrosPersonas/ClinHospStaCat/54321**

- ✓ Imprimir el correo de envío, y anexarlo a cada una de las facturas/recibos en caso de hacer falta algún documento que se menciona, **NO** se recibirá el trámite.
- ✓ FAVOR de entregarlo a revisión de acuerdo a la Zona Geográfica en donde se encuentre. **Ver las referencias indicadas en correo o bien, enviarlo directamente a:** Mesa de Control Siniestros Personas en Paseo de la Reforma No. 243 Piso 16 Col. Cuauhtémoc CP 06500 Cd de México. Tel. 0155 11 02 50 00 ext. 32411 y 32338.
- ✓ Horario de revisión de Lunes a Viernes en horario de 9 am a 13:00 hrs.
- ✓ En caso de **NO** contar con Número de Clave de Proveedor o ID de Prestador de Servicios, favor de solicitar los formatos e información correspondiente al correo: [altaproveedor@segurosvepormas.com](mailto:altaproveedor@segurosvepormas.com) Tel. 0155 11 02 50 00 ext. 32344 y 32410 o bien, puede acceder <https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/seguros-siniestros> sección **Formatos para Alta de Proveedores Médicos Hospitalarios.**