



Con el fin de poder tramitar la solicitud de su pago, agradeceremos nos envíe en un solo correo a pagoproveedores@prevemseguros.com.mx su documentación completa como se detalla a continuación:

Honorarios Médico:



1

Documento fiscal a nombre de Prevem Seguros, S.A. de C.V.

- Con datos fiscales actuales (se adjunta Circular relativa al tema).
- En formato de archivo PDF.
- En formato de archivo XML. (no enviar "ligas").
- Indicando el nombre del paciente y la fecha en que brindo el servicio en la factura (CFDI).
- Con la aplicación de impuestos (IVA, ISR, RTP) que corresponda.
- Reflejar en la factura (PDF) el descuento, coaseguro o deducible cobrado al paciente.

RFC:	PSE1006082N5
Nombre o Razón Social:	PREVEM SEGUROS, S. A. DE C. V.
Uso CFDI:	G03 GASTOS EN GENERAL
Forma de pago:	(99) Por Definir
Método de pago:	(PPD) Pago en parcialidades o diferido

2

Carta de autorización de pago emitida por Prevem Seguros que incluya:

- Nombre o razón social del proveedor que emite la factura.
- Nombre del asegurado afectado
- Monto autorizado de los honorarios.

Para realizar su pago mediante transferencia bancaria, es necesario adjuntar:

3

Copia de estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses en el que pueda apreciarse claramente:

- El nombre del médico o razón social correspondiente.
- La cuenta CLABE (cuando se incluyan dos números, favor de señalar la cuenta a afectar).
- El nombre del banco.
- La firma del propio médico (beneficiario del pago) o, para el caso de personas morales: el sello y firma de personal autorizado respectivo.

4

Copia de identificación oficial vigente del beneficiario del pago o personal autorizado, en la que pueda apreciarse claramente:

- Una firma semejante a la plasmada en el estado de cuenta bancario referido.
- Que los datos propios de la identificación sean legibles.

5

Copia de la Constancia de Situación Fiscal Actualizada:

6

Documentación o datos complementarios en caso de cesión de los derechos de cobro:

- Escrito y/o Carta Poder por cesión de derechos de cobro del equipo quirúrgico y/o médico, acompañado de la copia de identificación oficial del cedente.



Con el fin de poder tramitar la solicitud de su pago, agradeceremos nos envíe en un solo correo a pagoproveedores@prevemseguros.com.mx su documentación completa como se detalla a continuación:

Hospitales y Otros Servicio:



1

Documento fiscal a nombre de Prevem Seguros, S.A. de C.V.

- Con datos fiscales actuales (se adjunta Circular relativa al tema).
- En formato de archivo PDF.
- En formato de archivo XML. (no enviar "ligas").
- Indicando el nombre del paciente y la fecha en que brindo el servicio en la factura (CFDI).
- Con la aplicación de impuestos (IVA, ISR, RTP) que corresponda.
- Reflejar en la factura (PDF) el descuento, coaseguro o deducible cobrado al paciente.

RFC:	PSE1006082N5
Nombre o Razón Social:	PREVEM SEGUROS, S. A. DE C. V.
Uso CFDI:	G03 GASTOS EN GENERAL
Forma de pago:	(99) Por Definir
Método de pago:	(PPD) Pago en parcialidades o diferido

2

2. Carta de autorización de pago emitida por Prevem Seguros que incluya:

- Nombre o razón social del proveedor que emite la factura.
- Nombre del asegurado afectado.
- Monto autorizado de la carta menor o igual al total de gastos hospitalarios, antes de la aplicación de deducible, coaseguro y descuentos convenidos

3

Documentación o datos complementarios, según servicio facturado:

- Estado de cuenta detallado, por el mismo importe facturado, cuando aplique.
- Número de reporte de admisión al CAT (559178-2626-Opción 1), en caso de ingreso hospitalario, rehabilitaciones, entrega de medicamento, quimioterapias, etc.
- Bitácora de Servicios, cuando se facture rehabilitación o similares.
- Acuse de entrega de medicamento, o equipo, al Asegurado.
- Aviso de Accidente o Enfermedad original (servicio de urgencia en hospitales). Informar número de envío de mensajería.
- Informe Médico original (servicio de urgencia en hospitales). Informar número de envío de Mensajería.
- Hoja de Desvíos Hospitalarios emitida por el médico supervisor de Prevem Seguros.
- Escrito y/o Carta Poder por cesión de derechos de cobro del equipo quirúrgico, acompañado de la copia de identificación oficial del cedente.

4

Copia de identificación oficial vigente del beneficiario del pago o personal autorizado, en la que pueda apreciarse claramente:

- Una firma semejante a la plasmada en el estado de cuenta bancario referido.
- Que los datos propios de la identificación sean legibles.

Con el fin de poder tramitar la solicitud de su pago, agradeceremos nos envíe en un solo correo a pagoproveedores@prevemseguros.com.mx su documentación completa como se detalla a continuación:

Hospitales y Otros Servicio:

Para realizar su pago mediante transferencia bancaria, en caso de proveedor de nuevo ingreso:

4

Copia de estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses en el que pueda apreciarse claramente:

- El nombre de la razón social correspondiente.
- La cuenta CLABE (cuando se incluyan dos números, favor de señalar la cuenta a afectar).
- El nombre del banco.
- La firma del propio médico (beneficiario del pago) o, para el caso de personas morales: el sello y firma de personal autorizado respectivo.

5

Copia de identificación oficial vigente del beneficiario del pago o personal autorizado, en la que pueda apreciarse claramente:

- Una firma semejante a la plasmada en el estado de cuenta bancario referido.
- Que los datos propios de la identificación sean legibles.

6

Copia de la Constancia de Situación Fiscal Actualizada.

Cerca de Ti®

Teléfonos de atención:

55 91 78 26 00

800 2 77 38 36

Tecoyotitla No. 412 Edif. Arenal, Piso3. Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac.
Alcaldía Álvaro Obregón CDMX, C.P. 01050