



MetLife

**Ingreso de tramites de reembolsos,
iniciales y complementos.**

On-Line

<https://servicios.metlife.com.mx/wps/portal/seguros/rcfdi>

MURGUIA CONSULTORES

1800 00 6385433

MetLife | Reembolso x

https://servicios.metlife.com.mx/wps/portal/seguros/rcfdi

SIMESTROS DE REEMBOLSO | MetLife | Reembolso | SIMESTROS DE REEMBOLSO | MetLife | Reembolso

Atore | México | Cambiar | Mapa de Sitio

Servicio al Cliente | Conflicto

¿Qué buscas?

Empresas | Gobierno | Fuerza de Ventas

Inicio | Tareas y Pasos | Comentarios | Adquiere un Seguro | Pago en Línea | Información Útil | Proveedores

MetLife

Solicitud de Reembolso

* Número de Póliza	Póliza
* Certificado	Certificado
* R.F.C. del Asegurado Afiliado	R.F.C.
* Apellido Paterno del Asegurado Afiliado	Apellido Paterno
* Apellido Materno del Asegurado Afiliado	Apellido Materno
* Nombre del Asegurado Afiliado	Nombre
* Correo Electrónico	Correo
* Confirmar Correo Electrónico	Correo
* Correo Electrónico Opcional	Correo
* Confirmar Correo Electrónico Opcional	Correo

link de acceso es:

ps://servicios.metlife.com.mx/wps/portal/seguros/rcfdi

Notas:

- Este portal no requiere contraseñas de acceso
- Únicamente para reembolsos que cuenten con archivos XML

Solicitud de Reembolso

- *Número de Póliza
- Certificado
- *R.F.C. del Asegurado Afiliado
- *Apellido Paterno del Asegurado Afiliado
- *Apellido Materno del Asegurado Afiliado
- *Nombre del Asegurado Afiliado
- *Correo Electrónico
- *Confirmar Correo Electrónico
- Correo Electrónico Opcional
- Confirmar Correo Electrónico Opcional
- *Teléfono Móvil
- *Monto a Reclamar
- *Tipo de Siniestro
- Número de Siniestro y/o
- Folio de Recipiente

0530466	157	Cliente	Fronteira
407			
GUIG51204K75			
ROMERO			
MEZA			
XITLALI SUSANA			
BPADILLA@MURGUIA.COM			
BPADILLA@MURGUIA.COM			
BPADILLA@MURGUIA.COM			
BPADILLA@MURGUIA.COM			
\$630555835			
\$ 1,398.50			
Complementaria			
1150259130			

Es Usada

*Clave de Promoción que Realiza el Trámite

Favor de introducir el siguiente Código:

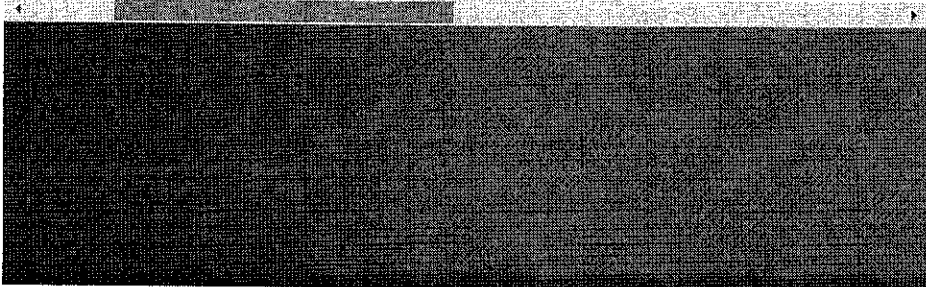
Acuerdo y autoriza que mis datos personales, patrimoniales o financieros y servicios sean tratados conforme al Aviso de Privacidad, asimismo, para cualquier tipo de información referente a mi póliza de seguro sea suministrada en mi correo electrónico.

TERMINAR

Capturar los datos requeridos de acuerdo al ejemplo y dar Click en "aceptar".

reembolsos

33287000
0 pc 003
F-103



Ingresar los Documentos del Sinistro

Monto de la Reclamación: \$ 1,399.50
Tipo de Sinistro: Complementaria

Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores (Carta) (Tamaño Máximo Permitido 2,000KB)

Agregar Documento

Subir Archivo

SOL%28REC.pdf (application/pdf) - 246845 bytes, Última Modificación: 19/2/2016

Informe Médico (Tamaño Máximo Permitido 1,200KB)

Agregar Documento

Subir Archivo

INFO%20MED.pdf (application/pdf) - 47510 bytes, Última Modificación: 19/2/2016

Identificación Cédula (Tamaño Máximo Permitido 300KB)

Agregar Documento

Comprobante de Donación (Tamaño Máximo Permitido 300KB)

Agregar Documento

Recetas y/o Estudios y/o Desglose de Facturas (Tamaño Máximo Permitido 1,800KB)

Agregar Documento

Subir Archivo

RECETA.pdf (application/pdf) - 16968 bytes, Última Modificación: 19/2/2016

Comprobante Fiscal Digital (XML) (Tamaño Máximo Permitido 400KB)

Agregar Documento

Subir Archivo

comprobante.xml (text/xml) - 6574 bytes, Última Modificación: 19/2/2016

Continuar

Modificar datos

Cancelar



regar documentos de acuerdo a los requerimientos del portal y como lo indica; el archivo XML debe de ser el
chivo original.

Ingresar los Documentos del Siniestro

Monto de la Reclamación: \$ 1,399.50

Tipo de Siniestro: Complementaria

✓ Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores / Carta (Tamaño Máximo Permitido 2,000KB)

Agregar Documento

Archivo

Tamaño

246345 bytes

Borrar Archivos



Se adjuntó con Éxito

✓ Informe Médico (Tamaño Máximo Permitido 1,200KB)

Agregar Documento

Archivo

Tamaño

47510 bytes

Borrar Archivos



Se adjuntó con Éxito

✓ Identificación Oficial (Tamaño Máximo Permitido 300KB)

Agregar Documento

✓ Comprobante de Domicilio (Tamaño Máximo Permitido 300KB)

Agregar Documento

✓ Recetas y/o Estudios y/o Desgloses de Facturas (Tamaño Máximo Permitido 1,800KB)

Agregar Documento

Archivo

Tamaño

10969 bytes

Borrar Archivos



Se adjuntó con Éxito

✓ Comprobante Fiscal Digital (XML) (Tamaño Máximo Permitido 400KB)

Agregar Documento

Archivo

Tamaño

6574 bytes

Borrar Archivos



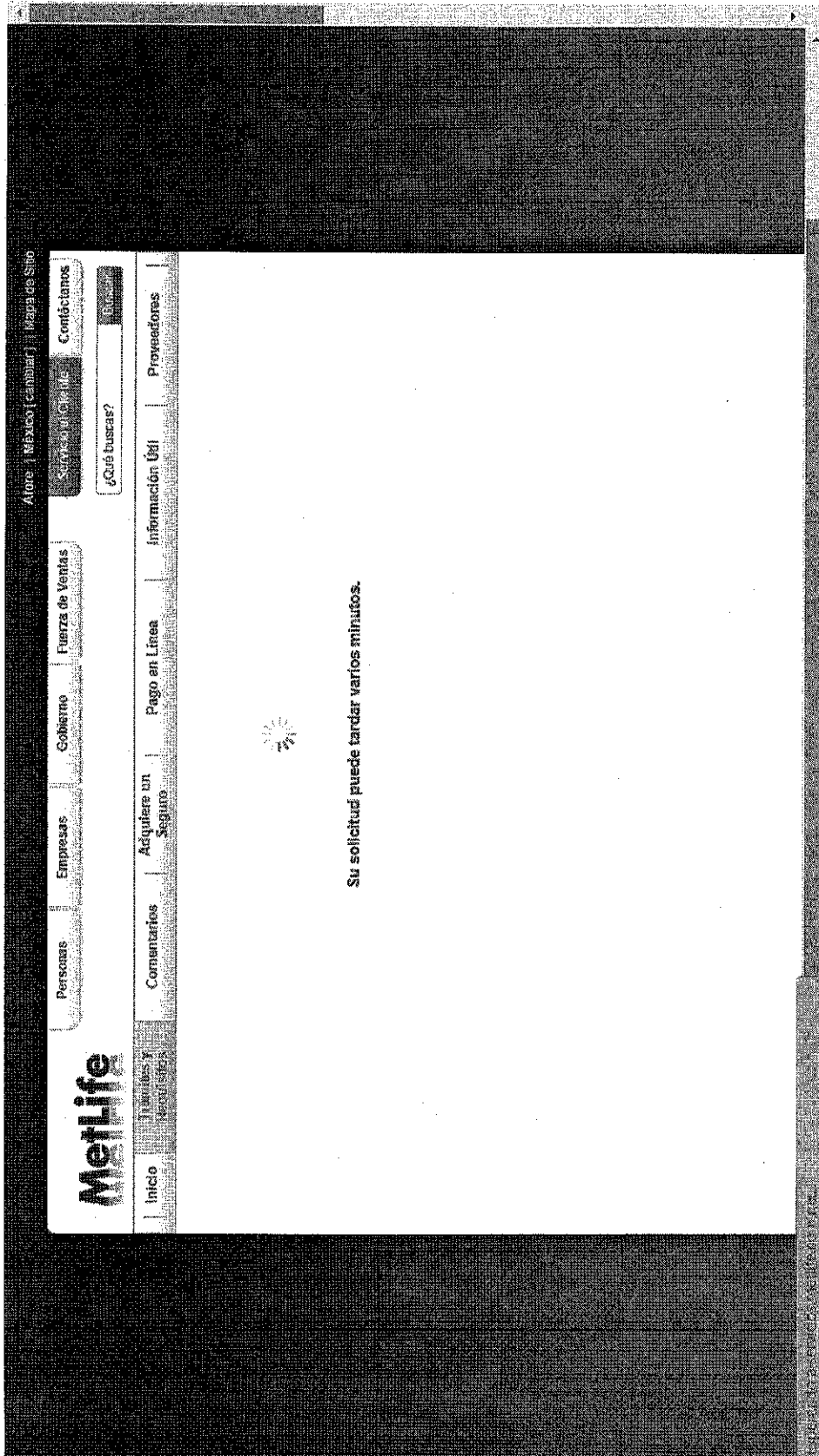
Se adjuntó con Éxito

Continuar

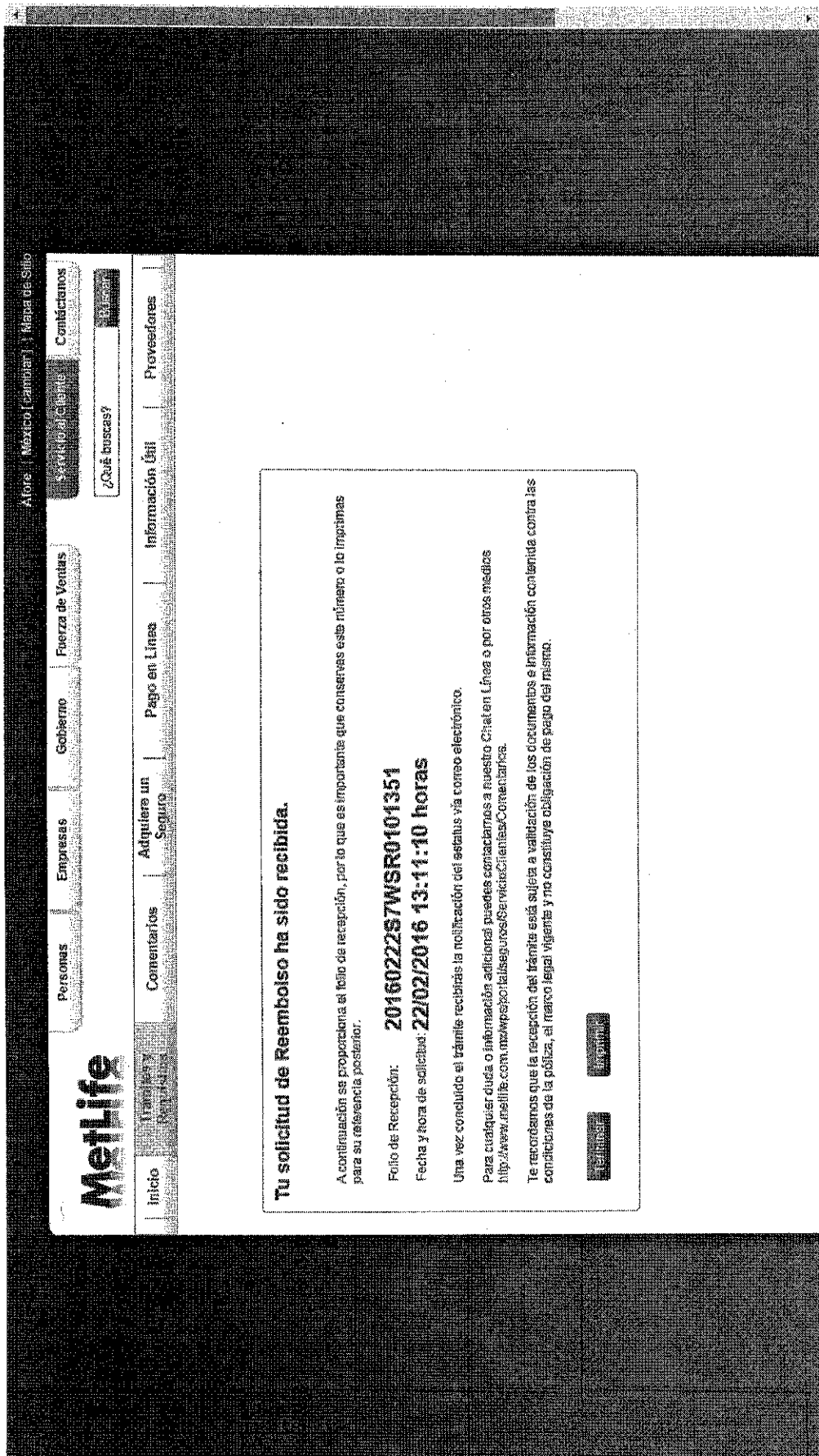
Modificar Datos

Cancelar

dar que la documentación que cargue exitosamente y dar click en "continuar".



carga de documentación tarda dependiendo de la cantidad de archivos adjuntos.



Tu solicitud de Reembolso ha sido recibida.

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

Folio de Recepción: 2016022287WSR0101351

Fecha y hora de solicitud: 22/02/2016 13:11:10 horas

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

Para cualquier duda o información adicional puedes contactarnos a nuestro Chat en Línea o por otros medios <http://www.metlife.com.mx/webportal/seguros/ServicioalCliente/Comentarios>.

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

Imprimir

Imprimir

pturada la información, se emitirá un DCN, el cual es el folio de registro del siniestro

Metlife y con el que se puede dar seguimiento a los tramites.

PORTANTE:

En este sistema no se anexa el Formato Universal.

No es necesaria contraseña de acceso.

El número de promotor es "S/7".

Cuando los archivos XML están duplicados y no tienen las características requeridas no se emitirá DCN y será necesario que se ingrese por el sistema de Remote Scan.

Los trámites se deben de ingresar antes de las 12 del día.

La documentación debe de ser en blanco/negro, legible y de acuerdo a las especificaciones (PDF).

Gracias.

MetLife

7 de junio de 2016
Prestadores de Servicio de Salud
"Administración Pública Federal"

Estimado Prestador de Servicios de Salud:

Derivado de la reciente adjudicación de la póliza de Gastos Médicos Mayores por parte de la Administración Pública Federal a MetLife México, nos permitimos compartirles que no se ha concluido la emisión de dicha póliza, por lo que hasta nuevo aviso la población asegurada continuará identificándose con una credencial oficial con fotografía y su último recibo de nómina, así como presentar información de la compañía anterior:

- Carátula de la póliza
- Credencial
- Carta sinestralidad y/o oficio de la dependencia en donde mencione remanente de suma asegurada
- Carta con fecha de suma asegurada potenciada

Asimismo hacemos de su conocimiento que las autorizaciones por las atenciones proporcionadas a los beneficiarios de esta póliza, se estarán dando a través de cartas manuales (Anexo 1), las cuales son igual de válidas que las emitidas por sistema.

Para el cobro de dichas cartas (manuales), las facturas XML podrán subirse al portal RFCD de manera temporal registrando en el número de sinestro "9999999999". Para cualquier duda o tema relacionado con el proceso de pago a proveedores favor de dirigir un correo a contactoproveedores@metlife.com.mx

Les recordamos que para resolver cualquier duda respecto a la elegibilidad de algún asegurado de esta póliza, ponemos a su disposición nuestro Call Center:

5328-7000 / 01800 00 638 5433

Sin más por el momento les enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE

SUBDIRECCIÓN DE REDES MÉDICAS

redmedica@metlife.com.mx

Instrucción Hospitalaria de Pago Directo

Datos de la hospitalización		Nombre del Paciente		Estado		Fecha de nacimiento		Sexo		Fecha de ingreso	
Hospital								☐ Femenino ☐ Masculino			
Contratante		Rta. de Poliza		Vigencia		Fecha de alta/terminado		Tipo de Plan			
Asignado Titular		Participante con el Titular		Cantilla		Teléfono					
Causa del Internamiento		☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo									
Diagnóstico											
Clave Procedimiento		Fecha de Inicio									
Tratamiento médico y/o quirúrgico											
Clave Procedimiento											
Fecha de alta/terminado											
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							
Importes a cargo del Asegurado		☐ No ☐ Si		Causa del Seguro							