

PROVEEDOR DE BUPA FORMATO DE PAGO DIRECTO



Estimado Proveedor: Tenga en cuenta que los datos suministrados a continuación son necesarios para proporcionar información precisa a los clientes de Bupa y facilitar su acceso a los servicios ofrecidos por su institución.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROVEEDOR

Número de Identificación oficial del proveedor			
Nombre del Proveedor			
Dirección		Ciudad	
Estado/Región/Provincia	País		Zip Code
Número de teléfono		Número de fax	
Sitio web		Correo Electrónico	

Si el proveedor está presente en más de una ubicación, sírvase indicar detalles de otras sucursales:

Nombre de Sucursal	Ciudad	Correo Electrónico	Número de teléfono

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Departamento	Nombre de contacto	Correo Electrónico	Número de teléfono
Admisiones y Notificaciones			
Departamento de Finanzas y Facturación			
Comercial			
Clínico / Médico			
Otro:			

El completar y firmar este documento indica que el Proveedor está dispuesto a aceptar a los asegurados de BUPA bajo la modalidad de facturación/pago directo por los servicios médicos aprobados mediante carta de garantía de pago (GOP) emitida por Bupa a través de su propia representación local en su país o a través de USA Medical Services (USAMED).

Proveedor (Representante autorizado)

Nombre	Cargo	Firma
Fecha		

RESET

PRINT

Departamento de Salud y Beneficios

Calle Montes Urales 745, Lomas - Virreyes, Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, CDMX

CDMX 55 5202-1701 Sin Costo (el resto de la república): 01 (888) 688 2872

www.bupasalud.com - proveedores@bupa.com.mx