

# Cédula de Registro Red Médica

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## Datos del Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_  
RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
Domicilio Fiscal: \_\_\_\_\_  
Licenciatura: \_\_\_\_\_ Cédula profesional: \_\_\_\_\_  
Posgrado o Especialidad: Si  No  Especifique \_\_\_\_\_  
Cédula Especialidad: \_\_\_\_\_ Certificación vigente: Si  No   
No.de certificación: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ No. de cuenta: \_\_\_\_\_  
No. de CLABE Interbancaria: \_\_\_\_\_

## Datos del Consultorio

Se encuentra en algún Hospital: Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ No. de exterior: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Días y horario de consulta: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Seguro de responsabilidad Civil: Si  No  Póliza N°. \_\_\_\_\_  
Vigencia: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_

FOTO

FIRMA

Para su debido ingreso a la red médica, los datos contenidos en la cédula de registro, Convenio Médico deberán ser cotejados con la información solicitada, así como llenados y firmados en su totalidad.

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

servicioseguro@planseguro.com.mx



Estimado (a) Dr. (a):  
Presente

Le informamos la documentación que debe de anexar para el ingreso a la Red Médica Plan Seguro.

- Convenio de Médico tratante completando todos los campos a computadora, firmado en original (2 juegos).
- Cédula de Registro
- Copia de certificación o recertificación actualizada
- Copia de cédula profesional
- Copia de cédula de especialidad
- Copia de título y diploma
- Copia de R.F.C
- Copia de C.U.R.P.
- Copia de estado de cuenta no mayor a tres meses a nombre del prestador de servicios que contenga la CLABE interbancaria a 18 dígitos, legible (puedes omitir movimientos bancarios) que se muestre nombre del banco.
- Copia de acta constitutiva (si se trata de Sociedad Civil)
- Breve Curriculum Vitae (máximo 5 cuartillas)

**Nota: Favor de enviar la documentación completa, en original con firma autógrafa, a través de nuestras oficinas o módulos de atención, a fin de evitar contratiempos en el proceso de alta en la Red Médica Plan Seguro.**

Quedamos a sus órdenes para cualquier duda o aclaración al número:

**Lada sin costo 01 800 702 8502 o al correo [redmedica@planseguro.com.mx](mailto:redmedica@planseguro.com.mx)**

**Redes Médicas y Hospitalarias Plan Seguro**

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**[planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx)**

[servicioseguro@planseguro.com.mx](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx)

