

Apreciado señor(es)

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Reciba un Cordial Saludo

Para agilizar y garantizar una comunicación oportuna en la notificación de glosas y devoluciones por correo electrónico, desde el área de Cuentas Medicas le solicitamos su colaboración para diligenciar el siguiente formato con el fin de actualizar nuestra base de datos:

I. DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Médico/Institución: _____ Cedula / Nit: _____

Dirección para envío de correspondencia: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

I. MATRICULA DE CORREO PARA NOTIFICACIÓN DE GLOSAS Y/O DEVOLUCIÓN DE FACTURAS

Nombre: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

II. INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE FACTURACIÓN

Nombre: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

III. INFORMACIÓN DEL CONTACTO CARTERA Y CONCILIACIÓN

Nombre: _____ Cédula: _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de quien diligencia: _____ **Cargo:** _____

Una vez diligenciado este documento debe ser remitido al área de Cuentas Médicas de EPS SURA al correo cuentamedicaEPSSURA@suramericana.com.co

DIRECCIÓN CUENTAS MÉDICAS

EPS SURA

Línea de servicio al Cliente Medellín 448 6115, Nacional 018000 519 519 opción 2-8-1