

ESTIMADO PROVEEDOR

MAPFRE OTORGA LA PRESENTE CARTA DE AUTORIZACIÓN POR EL PAGO DIRECTO DEL SERVICIO DEL PACIENTE AQUÍ SUSCRITO. REVISE DETENIDAMENTE LAS CONSIDERACIONES DE LA SOLICITUD ASÍ COMO LOS MONTOS AUTORIZADOS POR LA ATENCIÓN.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:	GLORIA CASTILLO MARTINEZ	FECHA DE NACIMIENTO:	13/10/1969
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	01/05/2025	A:	01/05/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	2612500001413		CONTRATANTE:	AEROENLACES NACIONALES		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	AEROENLACES NACIONALES		NÚMERO DE RIESGO:	36		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: 1 DE 1

TIPO DE PROVEEDOR:

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 225261630000859:	DIAGNÓSTICO:	CLAVE ICD:
225261630000859	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RECTO	D37.5

TRATAMIENTO MÉDICO:

CLAVE CPT:

TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RECTO	99232
--	-------

INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

NÚMERO SINIESTRO	FOLIO RAM	TIPO DE SERVICIO	FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN	MONTO TOTAL AUTORIZADO
225261630000859	22526163000 0859/20			97756.16

DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN

TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
OTRO	APLICACION DE MEDICAMENTO PARA EL 15-12-2025, BAJO COTIZACION.	1	97756.16	97756.16

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	215.69

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN

CARTA EGRESO ALSANDOV 15122025

// PROCEDIMIENTO A REALIZAR: APPLICACION DE MEDICAMENTO, BAJO COTIZACION. // NO APLICA DEDUCIBLE AL SER COMPLEMENTO. // NO APLICA COASEGURO DE HOSPITAL, POR NIVEL MENOR AL CONTRATADO. // SI APLICA COASEGURO DE HONORARIOS. /

INSTRUCCIONES PARA EL TRÁMITE DE PAGO.

1.-ENVIAR SU FACTURA Y/O RECIBO (XML Y PDF) JUNTO CON LA PRESENTE CARTA DE AUTORIZACIÓN (INCLUYENDO SECCIÓN DE FIRMAS), IDENTIFICACIÓN OFICIAL Y ESTADO DE CUENTA NO MAYOR A 3 MESES EN LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS (REACHCORE) QUE MAPFRE MÉXICO A PUESTO A SU DISPOSICIÓN.

2.-DATOS DE FACTURACIÓN: MAPFRE MÉXICO, S.A, RFC: MTE440316E54, AV. REVOLUCIÓN #507, COL. SAN PEDRO DE LOS PINOS, DEL. BENITO JUAREZ, CIUDAD DE MÉXICO, C.P.: 03800

3.-USO DE CFDI: G03 GASTOS EN GENERAL.

4.-MAPFRE MEXICO. S.A. PONE A SU DISPOSICIÓN LA INFORMACIÓN DE LOS DATOS BANCARIOS, LA CUAL ES EXCLUSIVA PARA LA EMISIÓN DE COMPLEMENTOS DE PAGO.

POR NINGÚN MOTIVO SE DEBEN REALIZAR DEPÓSITOS A DICHA CUENTA. BANCO: 90646 STP BENEFICIARIO: MAPFRE MÉXICO, S.A RFC: MTE440316E54 # CUENTA: 646 180 1479 00000004 FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS MONEDA: M.N.



TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE

Av. Revolución #507, Col. San Pedro de los Pinos, Del. Benito Juárez, Ciudad de México, CP.03800. Tel.: 55-52-30-70-00 R.F.C. MTE440316E54