



NÚMERO DE TRÁMITE: 22610758044

FECHA EMISIÓN: 24/01/2026 12:36

**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:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS

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				90780
INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN				
NÚMERO SINIESTRO	FOLIO RAM	TIPO DE SERVICIO	FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN	MONTO TOTAL AUTORIZADO
225261630000859	225261630000859/24	OTROS		98532.45
DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN				
TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
OTRO	QUIMIOTERAPIA 24 DE ENERO DE 2026	1	98532.45	98532.45

MONTO A CARGO DEL PACIENTE		
DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	323.53

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN
PLMELI2/CARTA EGRESO PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE ENFERMEDAD, SIN DEDUCIBLE / SIN COA DE HOSPITAL POR USO DE RED MENOR, APLICA 10% DE

**OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)**

**COA DE HONORARIOS/**

\*\*\*\*\*

**ESTIMADO MEDICO NO RED**

1. MÉDICO NO RED, PARA TRAMITE DE LIQUIDACIÓN EN REACHCORE ES NECESARIO INGRESAR: INE VIGENTE LEGIBLE POR AMBOS LADOS.

1. CÉDULA PROFESIONAL.

1. ESTADO DE CUENTA BANCARIO LEGIBLE CON CUENTA CLABE (NO MAYOR A 3 MESES) A NOMBRE DEL MÉDICO QUE SE INDICA EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.

1. CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ACTUALIZADA DEL BENEFICIARIO (CSF) DEL AÑO EN CURSO\*.

1. EN CASO DE QUE LA DIRECCIÓN DEL INE Y CSF NO COINCIDAN, SE DEBERÁ ENVIAR EL COMPROBANTE DE DOMICILIO LEGIBLE (NO MAYOR A 3 MESES).

1. FACTURA PDF: EL NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA DEBE COINCIDIR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO, ASÍ COMO EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.

1. QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA PÁGINA DEL SAT

1.

1. SI LA PERSONA FÍSICA PRETENDE COBRAR POR MEDIO DE UNA PERSONA MORAL, DEBERÁ PRESENTAR UNA CARTA FIRMADA POR EL MÉDICO REFIRIENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LA QUE CEDE SU PAGO A LA PERSONA MORAL.

1. FACTURA XML TIMBRADA

1. CARTA AUTORIZACIÓN CON FOLIO RAM LEGIBLE

1. LA FACTURA DEBE REFERIR EL NOMBRE DEL ASEGURADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.

1.

\*EL RÉGIMEN FISCAL, ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DIRECCIÓN FISCAL DEBERÁN COINCIDIR CON LA INFORMACIÓN DE LA FACTURA

**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 MÉDIOS 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