

**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: **PEÑA NAVA, ABIGAIL** FECHA DE NACIMIENTO: 06/01/1971
SEXO: FEMENINO TIPO DE TRAMITE: REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 24/05/2025 A: 24/05/2026
NÚMERO DE PÓLIZA: **2882200020350** CONTRATANTE: PEÑA NAVA, ABIGAIL
TITULAR DE LA PÓLIZA: PEÑA NAVA, ABIGAIL NÚMERO DE RIESGO: 1
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**
TIPO DE PROVEEDOR:

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 224288050100606: **DIAGNÓSTICO:** **CLAVE ICD:**
224288050100606 TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO C15.3
TRATAMIENTO MÉDICO: **CLAVE CPT:**
TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO 99232

INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

| NÚMERO SINIESTRO | FOLIO RAM | TIPO DE SERVICIO | FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN | MONTO TOTAL AUTORIZADO |
|------------------|------------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| 224288050100606 | 22428805010 0606/34 | | | 81008.77 |

DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN

| TIPO SERVICIO | SUB TIPO SERVICIO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | MONTO AUTORIZADO |
|---------------|---|----------|-----------------|------------------|
| OTRO | 1 SESION DE QUIMIOTERAPIA PARA FEBRERO DEL 2026, BAJO COTIZACION. | 1 | 81008.77 | 81008.77 |

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

| DEDUCIBLE | COASEGURO | COASEGURO MEDICO |
|-----------|-----------|------------------|
| 0.00 | 0.00 | 0.00 |

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN

CARTA EGRESO ALSANDOV 05032026
// PROCEDIMIENTO A REALIZAR: SESION DE QUIMIOTERAPIA, BAJO COTIZACION. // NO APLICA DEDUCIBLE AL SER COMPLEMENTO. //



OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)

NO APLICA COASEGURO DE HOSPITAL, YA SE TOPO. // NO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS, YA SE TOPO. // SE TABULAN HONORARIOS CONFORME A LO CONTRATADO //

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