

**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:	<b>PEÑA NAVA, ABIGAIL</b>	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:	<b>2882200020350</b>		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:	<b>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES</b>
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

<b>SINIESTRO 224288050100606:</b>	<b>DIAGNÓSTICO:</b>	<b>CLAVE ICD:</b>
224288050100606	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO	C15.3
	<b>TRATAMIENTO MÉDICO:</b>	<b>CLAVE CPT:</b>
	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO	90780

**INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

NÚMERO SINIESTRO	FOLIO RAM	TIPO DE SERVICIO	FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN	MONTO TOTAL AUTORIZADO
224288050100606	22428805010 0606/38	OTROS		23414.00

**DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN**

TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
TERAPIA	QUIMIOTERAPIA	1	23414.00	23414.0

**MONTO A CARGO DEL PACIENTE**

DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	0.00

**OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN**

CARTA AUTORIZACION // PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE ENFERMEDAD Y SINIESTRO // APLICA SIN DEDUCIBLEY SIN COASEGUROS // DICTAMINA BSNERIC  
// ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO // LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO PARA MODIFICAR ESTA AUTORIZACIÓN, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. // HONORARIOS TABULADOS ACORDE AL PRODUCTO



OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)

CONTRATADO. //

// NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PACIMIENTO ACTUAL // NO SE CUBREN ESTUDIOS NI VALORACION PREOPERATORIA, ESTAS DEBERAN REALIZARSE PREVIOS A SU INTERNAMIENTO, NO SE CUBREN ESTUDIOS PARA DETECCION DE COVID. //

ESTIMADO MÉDICO NO RED, PARA TRAMITE DE LIQUIDACIÓN EN REACHCORE ES NECESARIO INGRESAR:

1. INE VIGENTE LEGIBLE POR AMBOS LADOS.
  2. CÉDULA PROFESIONAL.
  3. ESTADO DE CUENTA BANCARIO LEGIBLE CON CUENTA CLABE (NO MAYOR A 3 MESES) A NOMBRE DEL MÉDICO QUE SE INDICA EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
  4. CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ACTUALIZADA DEL BENEFICIARIO (CSF) DEL AÑO EN CURSO\*.
  5. 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).
  6. FACTURA PDF:
    1. EL NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA DEBE COINCIDIR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO, ASÍ COMO EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
    2. QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA PÁGINA DEL SAT
  7. 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.
  8. FACTURA XML TIMBRADA
  9. CARTA AUTORIZACIÓN CON FOLIO RAM LEGIBLE
  10. LA FACTURA DEBE REFERIR EL NOMBRE DEL ASEGURADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.
- \*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