

**ESTIMADO PROVEEDOR**

MAPFRE OTORGA LA PRESENTE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS 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: EVENTO PROGRAMADO

**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: HABITACIÓN:  
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO:

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 225261630000859**

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

TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT
CONSULTA HOSPITALARIA POR DÍA (SUBSECUENTES)	99232

**HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 225261630000859**

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
ILEANA MAC KINNEY NOVELO	MÉDICO TRATANTE	2156.87	225261630000859//25

**OBSERVACIONES**

DICTAMINADO POR FHERNAN1/16/01/2026/ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO./ PROCEDE COMO ENFERMEDAD COMPLEMENTO, BAJO COTIZACIÓN ENVIADA, SIN DED NI COA DE HOSPITAL POR USO DE RED MENOR, APLICA 10% DE COA D EHONORARIOS/, / NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES /

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.



**OBSERVACIONES (Continuación)**

- 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