

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

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 224288050100606**

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
224288050100606	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO	C15.3

**TRATAMIENTO MÉDICO:**

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

**HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 224288050100606**

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
ILEANA MAC KINNEY NOVELO	MÉDICO TRATANTE	2545.05	224288050100606/35

**OBSERVACIONES**

EGONZARO. // ESTA CARTA ES INFORMATIVA NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO. // PROCEDIMIENTO A REALIZAR: SESION DE QUIMIOTERAPIA, BAJO COTIZACION. // NO APLICA DEDUCIBLE AL SER COMPLEMENTO. // NO APLICA COASEGURO DE HOSPITAL, YA SE TOPO. // NO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS, YA SE TOPO. // SE TABULAN HONORARIOS CONFORME A LO CONTRATADO // NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES. //

**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.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal stroke and a diagonal stroke.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE