

**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: OTROS

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	OTROS		96316.02

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	96316.02	96316.02

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	0.00

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN

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.



OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)

// 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.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE