

**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: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** 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:

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	225261630000859/29

OBSERVACIONES

EGONZARO. // ** CARTA VALIDA HASTA EL 09/03/2026 **

ÉSTA 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, POR NIVEL MENOR AL CONTRATADO. // SI APLICA COASEGURO DE HONORARIOS. // 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 line.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE