

**ESTIMADO ASEGURADO**

MAPFRE MÉXICO S.A. OTORGA LA PRESENTE CARTA PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DESTINADA A LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE AQUÍ SUSCRITO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA CONTRATADA Y SUS COBERTURAS.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:	FABIOLA BERNAL MENDOZA	FECHA DE NACIMIENTO:	21/09/1984
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	EVENTO PROGRAMADO

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	01/01/2026	A:	01/01/2027
NÚMERO DE PÓLIZA:	2612600000750		CONTRATANTE:	ETN TURISTAR LUJO		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	ETN TURISTAR LUJO		NÚMERO DE RIESGO:	62		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	MONTO PROGRAMADO
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	51158.00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 225261630000868:	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	C56

TRATAMIENTO MÉDICO	CLAVE CPT
GASTRECTOMIA TOTAL; CON ESOFAGOENTEROANASTOMOSIS	43620

EQUIPO MEDICO

MÉDICO	ESPECIALIDAD	MONTO PROGRAMADO
CIRUJANO	CIRUJANO	54895.79
1ER AYUDANTE	1ER. AYUDANTE	10979.16
ANESTESIOLOGO	ANESTESIÓLOGO	16468.74
2DO AYUDANTE	2DO. AYUDANTE	5489.58

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	TOPE DE COASEGURO
0	0	0	

OBSERVACIONES

EGONZARO. // ESTA CARTA ES INFORMATIVA NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO. // PROCEDIMIENTO A REALIZAR: GASTROTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA. // 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. //



OBSERVACIONES (Continuación)

• "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. "

INFORMACIÓN IMPORTANTE.

PARA EL ASEGURADO

- 1.-ESTA CARTA TIENE UNA VIGENCIA DE 30 DIAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN Y ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE Y PAGADA AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN PROGRAMADA.
- 2.-MAPFRE NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA DE LAS CONSECUENCIAS ECONÓMICAS DERIVADAS DE ESTE EVENTO EN CASO DE QUE LOS DATOS DECLARADOS POR USTED Y/O EL MÉDICO TRATANTE NO CORRESPONDA AL PROCEDIMIENTO ARRIBA MENCIONADO Y ACORDADO CON LA COMPAÑÍA.
- 3.-ES IMPORTANTE HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE LOS GASTOS NO CUBIERTOS SE DETERMINAN CONSIDERANDO LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA CONTRATADA Y/O GASTOS QUE NO CORRESPONDAN AL TRATAMIENTO DEL PADECIMIENTO AQUÍ DESCRITO.
- 4.-CON MEDICOS FUERA DE RED, LAS DIFERENCIAS EN HONORARIOS NO SON REEMBOLSABLES Y QUEDAN A SU CARGO.

PARA

- 1.-FAVOR DE NOTIFICAR DE FORMA INMEDIATA EL INGRESO HOSPITALARIO O LA UTILIZACIÓN DE LA PRESENTE CARTA A NUESTRA CENTRAL MÉDICA: **(55) 5950-2146 opción 1.**
- 2.-LA AUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS QUEDARÁ SUJETA A LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE.
- 3.-EL PAGO DE SERVICIOS AUTORIZADOS SOLO SE PODRÁ EFECTUAR CON LA **PREFACTURA** EMITIDA POR MAPFRE MÉXICO S.A. Y LA FACTURA DE LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN, POR TAL MOTIVO **LA CARTA PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS NO ES UN DOCUMENTO DE COBRO.**



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