

**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: EVENTO PROGRAMADO

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: **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//38	OTROS		26603.34

DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN

TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
OTRO	SE AUTORIZA QUIMIOTERAPIA PARA EL 2 DE ABRIL BAJO COTIZACION ENVIADA	1	26603.34	26603.34

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	0.00

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN

DICTAMINADO POR FHERNAN1/2703/2026/ESTA CARTA ES INFORMARTIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO./ PROCEDE COMO ENFEMEDAD COMPLEMENTO, BAJO COTIZACIÓN ENVIADA, SIN DED NI COA, YA TOPADOS, / NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES /



OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)

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.

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