

**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:	RUIZ BECERRIL, IVANNA	FECHA DE NACIMIENTO:	06/08/2006
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	29/12/2025	A:	29/12/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	2882500075463		CONTRATANTE:	BECERRIL LEYVA, ALINE		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	BECERRIL LEYVA, ALINE		NÚMERO DE RIESGO:	2		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	MONTO PROGRAMADO
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	51158

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 226288230100141:	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
226288230100141	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA	M23

TRATAMIENTO MÉDICO

TRATAMIENTO MÉDICO	CLAVE CPT
- CON MENISECTOMÍA MEDIAL O LATERAL	29881

EQUIPO MEDICO

MÉDICO	ESPECIALIDAD	MONTO PROGRAMADO
ALBERTO CARLOS CERVANTES ORDOÑEZ	CIRUJANO	30084
MIRENA FABEL MAR MONTERO	ANESTESIÓLOGO	9025
CAROLINA FRNANDEZ RAMIREZ	1ER. AYUDANTE	6016

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	TOPE DE COASEGURO
0.00	10	4512	

OBSERVACIONES

SASANC1//PROCEDE COMO ACCIDENTE
REPARACION DE MENISCO MEDIAL POR ARTROSCOPIA
DED: 0 (REDUCCION POR ACCIDENTE)
COA MEDICO: 10%
COA HOSPITAL: 10%



OBSERVACIONES (Continuación)

SE TABULA A EQUIPO QX DE ACUERDO A PRODCUTO CONTRATADO.
ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO / SE GENERA CARTA DE PROGRAMACION /

/ NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PACIMIENTO ACTUAL / NO SE CUBREN ESTUDIOS NI VALORACION PREOPERATORIA ESTAS DEBERAN REALIZARSE PREVIOS A SU INTERNAMIENTO, NO SE CUBREN ESTUDIOS PARA DETECCION DE COVID /

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.**



NÚMERO DE TRÁMITE: 22610782185

FECHA EMISIÓN: 31/03/2026 16:24

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE

Av. Revolución #507, Col. San Pedro de los Pinos, Del. Benito Juárez, Ciudad de México, CP.03800. Tel.: 55-52-30-70-00 R.F.C. MTE440316E54