



NÚMERO DE TRÁMITE: 22510738953

FECHA EMISIÓN: 04/12/2025 10:31

**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:	<b>FABIOLA BERNAL MENDOZA</b>	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:	01/01/2025	A:	01/01/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	<b>2612500000508</b>		CONTRATANTE:	ETN TURISTAR LUJO		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	ETN TURISTAR LUJO		NÚMERO DE RIESGO:	61		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	<b>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES</b>
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

<b>SINIESTRO 225261630000868:</b>	<b>DIAGNÓSTICO:</b>	<b>CLAVE ICD:</b>
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	C56
	<b>TRATAMIENTO MÉDICO:</b>	<b>CLAVE CPT:</b>
	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	99232

**INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

<b>NÚMERO SINIESTRO</b>	<b>FOLIO RAM</b>	<b>TIPO DE SERVICIO</b>	<b>FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN</b>	<b>MONTO TOTAL AUTORIZADO</b>
225261630000868	22526163000 0868/35	OTROS		46424.70

**DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN**

<b>TIPO SERVICIO</b>	<b>SUB TIPO SERVICIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>MONTO AUTORIZADO</b>
OTRO	1 SESION DE QUIMIOTERAPIA PARA EL 06-12-2025, BAJO COTIZACION.	1	46424.70	46424.7

**MONTO A CARGO DEL PACIENTE**

<b>DEDUCIBLE</b>	<b>COASEGURO</b>	<b>COASEGURO MEDICO</b>
0.00	0.00	0.00

**OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN**

EGONZARO. // \*\* NOTA IMPORTANTE, ESTIMADA ASEGURADA EN SU PROXIMA SESION SERA INDISPENSABLE QUE EL CONCEPTO EN EL PRESUPUESTO (QMX-100009) VENGA DESGLOSADO QUE INCLUYE Y ASI EVITAR REPROCESOS. \*\*

ESTA CARTA ES INFORMATIVA NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO



NÚMERO DE TRÁMITE: 22510738953

FECHA EMISIÓN: 04/12/2025 10:31

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)

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. // 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

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