



NÚMERO DE TRÁMITE: 22510742704

FECHA EMISIÓN: 11/12/2025 10:50

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:	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
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO					
SINIESTRO 225261630000859:		DIAGNÓSTICO:		CLAVE ICD:	
225261630000859		TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RECTO		D37.5	
TRATAMIENTO MÉDICO:				CLAVE CPT:	
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RECTO				99232	
INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN					
NÚMERO SINIESTRO	FOLIO RAM	TIPO DE SERVICIO	FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN	MONTO TOTAL AUTORIZADO	
225261630000859	225261630000859/20	OTROS		119869.76	
DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN					
TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO		CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
OTRO	APLICACION DE MEDICAMENTO PARA EL 15-12-2025, BAJO COTIZACION.		1	119869.76	119869.76

MONTO A CARGO DEL PACIENTE		
DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	215.69



OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN

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

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE