



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:	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:	01/01/2025 A: 01/01/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	2612500000508	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:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO				
SINIESTRO 225261630000868:		DIAGNÓSTICO:		CLAVE ICD:
225261630000868		TUMOR MALIGNO DEL OVARIO		C56
TRATAMIENTO MÉDICO:				CLAVE CPT:
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO				99232
INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN				
NÚMERO SINIESTRO	FOLIO RAM	TIPO DE SERVICIO	FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIÓN	MONTO TOTAL AUTORIZADO
225261630000868	22526163000 0868/35	OTROS		46424.70
DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN				
TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
OTRO	1 SESION DE QUIMIOTERAPIA PARA EL 06-12-2025, BAJO COTIZACION.	1	46424.70	46424.7

MONTO A CARGO DEL PACIENTE		
DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
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