

## CARTA AUTORIZACIÓN TERAPIAS/ESTUDIOS/MATERIAL

NÚMERO DE TRÁMITE: 22510738953



FECHA EMISIÓN: 04/12/2025 10:31

## ESTIMADO PROVEEDOR

MAPFRE OTORGА LA PRESENTE CARTA DE AUTORIZACIОN POR EL PAGO DIRECTO DEL SERVICIO DEL PACIENTE AQUИ SUSCRITO. REVISE DETENIDAMENTE LAS CONSIDERACIONES DE LA SOLICITUD ASI COMO LOS MONTOS AUTORIZADOS POR LA ATENCIОN.

## INFORMACIОN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:	FABIOLA BERNAL MENDOZA	FECHA DE NACIMIENTO:	21/09/1984
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	EVENTO PROGRAMADO

## INFORMACIОN DE LA PОLIZA

PОLIZA EN PROCESO DE EMISIОN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	01/01/2025	A:	01/01/2026
NУMERO DE PОLIZA:	2612500000508		CONTRATANTE:	ETN TURISTAR LUJO		
TITULAR DE LA PОLIZA:	ETN TURISTAR LUJO		NУMERO DE RIESGO:	61		
PОLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORIА DEL EMPLEADO:			

## INFORMACIОN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS

## INFORMACIОN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 225261630000868:	DIAGNOSTICO:	CLAVE ICD:
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	C56
	TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT:
	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	99232

## INFORMACIОN DE LA AUTORIZACIОN

NУMERO SINIESTRO	FOLIO RAM	TIPO DE SERVICIO	FIN DE VIGENCIA AUTORIZACIОN	MONTO TOTAL AUTORIZADO
225261630000868	22526163000 0868/35	OTROS		46424.70

## DETALLE DE LA AUTORIZACIОN

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 AUTORIZACIОN

EGONZARO. // \*\* NOTA IMPORTANTE, ESTIMADA ASEGUARADA 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 APLICACIОN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO



## 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