

**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:	REPORTE CON CARTA

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:	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 0868/37	OTROS		46424.70

DETALLE DE LA AUTORIZACIОN

TIPO SERVICIO	SUB TIPO SERVICIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO AUTORIZADO
OTRO	SE AUTORIZA QUIMIOTERAPIA PARA EL 27 DE DICIEMBRE BAJO COTIZACION ENVIADA	1	46424.70	46424.7

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO	COASEGURO MEDICO
0.00	0.00	0.00

OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIОN

DICTAMINADO POR FHERNAN1/24//12/2025/ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIОN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO./ PROCEDE COMO ENFERMEDAD COMPLEMENTO, BAJO COTIZACIОN ENVIADA, SIN DED NI COA, YA TOPADOS, / NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES /



OBSERVACIONES DE LA AUTORIZACIÓN (Continuación)

CARTA VALIDA AL 01/01/2026

ESTIMADO MEDICO NO RED

1. MÉDICO NO RED, PARA TRAMITE DE LIQUIDACIÓN EN REACHCORE ES NECESARIO INGRESAR: INE VIGENTE LEGIBLE POR AMBOS LADOS.
1. CÉDULA PROFESIONAL.
1. ESTADO DE CUENTA BANCARIO LEGIBLE CON CUENTA CLABE (NO MAYOR A 3 MESES) A NOMBRE DEL MÉDICO QUE SE INDICA EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
1. CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ACTUALIZADA DEL BENEFICIARIO (CSF) DEL AÑO EN CURSO*.
1. 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).
1. FACTURA PDF: EL NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA DEBE COINCIDIR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO, ASÍ COMO EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
1. QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA PÁGINA DEL SAT
- 1.
1. 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.
1. FACTURA XML TIMBRADA
1. CARTA AUTORIZACIÓN CON FOLIO RAM LEGIBLE
1. LA FACTURA DEBE REFERIR EL NOMBRE DEL ASEGUROADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.
- 1.

*EL RÉGIMEN FISCAL, ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DIRECCIÓN FISCAL DEBERÁN COINCIDIR CON LA INFORMACIÓN DE LA FACTURA.

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 MEDIOS 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