

**ESTIMADO ASEGURADO**

MAPFRE OTORGA LA PRESENTE PRE-FACTURA POR EL PAGO DIRECTO DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS DEL PACIENTE AQUÍ SUSCRITO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA CONTRATADA Y SUS COBERTURAS.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO:	MENDEZ UGALDE, PATRICIA	FECHA DE NACIMIENTO:	08/09/1980
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	28/10/2025	A:	28/10/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	2882000041035		CONTRATANTE:	UICAB CETINA, JAVIER EDUARDO		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	UICAB CETINA, JAVIER EDUARDO		NÚMERO DE RIESGO:	1		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	HABITACIÓN:	710
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	FECHA Y HORA DE INGRESO:	18/12/2025 21:28

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 22528855000133:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
22528855000133	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	83431.38	J34.2

ESTADO DE CUENTA**MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL**

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.	MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL	ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO
83431.38	0	TOTAL: 60512.24	MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
13000.0	7043.14	2876.0	0
TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 22919.14			

OBSERVACIONES

SABRINAM // SE GENERA CARTA EGRESO
 ENFERMEDAD INICIAL // APLICA DEDUCIBLE CONTRATADO // APLICA COASEGURO DE HOSPITAL Y MEDICO 10% // HONORARIOS TABULADOS ACORDE A PRODUCTO CONTRATADO.

*



OBSERVACIONES (Continuación)

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES// EN CASO DE REALIZARSE PROCEDIMIENTO DIFERENTE AL PROGRAMADO, ESTA CARTA SE INVALIDARÁ.
ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO.

///////////////////////
ESTIMADO MÉDICO NO RED, PARA TRAMITE DE LIQUIDACIÓN EN REACHCORE ES NECESARIO INGRESAR:

1. INE VIGENTE LEGIBLE POR AMBOS LADOS.
2. CÉDULA PROFESIONAL.
3. ESTADO DE CUENTA BANCARIO LEGIBLE CON CUENTA CLABE (NO MAYOR A 3 MESES) A NOMBRE DEL MÉDICO QUE SE INDICA EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
4. CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ACTUALIZADA DEL BENEFICIARIO (CSF) DEL AÑO EN CURSO*.
5. 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).
6. FACTURA PDF:
 1. EL NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA DEBE COINCIDIR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO, ASÍ COMO EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
 2. QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA PÁGINA DEL SAT
 7. 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.
 8. FACTURA XML TIMBRADA
 9. CARTA AUTORIZACIÓN CON FOLIO RAM LEGIBLE
 10. LA FACTURA DEBE REFERIR EL NOMBRE DEL ASEGUROADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.

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

DETALLE POR SINIESTRO

SINIESTRO 225288550000133:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
225288550000133	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J34.2	225288550000133/1
DEDUCIBLE		COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO
DED CONTRATADO: 13000	COA. CONTRATADO: 10	COA. CONTRATADO: 10	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: 13000.00	TOTAL COASEGURO. HOSP: 7043.14	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 2876.00	

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- 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 HOSPITALARIO A TRAVÉS DE LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS (REACHCORE) QUE MAPFRE MÉXICO HA 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 JUÁREZ, CIUDAD DE MÉXICO, C.P.: 03800
- 3.-USO DE CFDI: G03 GASTOS EN GENERAL.
- 4.-MAPFRE MÉXICO. S.A. PONE A SU DISPOSICIÓN LA INFORMACIÓN DE LOS DATOS BANCARIOS, LA CUAL ES EXCLUSIVA PARA LA EMISIÓN DE COMPLEMENTOS DE PAGO.

CARTA AUTORIZACION (PRE-FACTURA)



NÚMERO DE TRÁMITE: 22510744208

FECHA EMISIÓN: 19/12/2025 13:39

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