



ESTIMADO PROVEEDOR
MAPFRE OTORGA LA PRESENTE CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS 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:	ALCIBAR DIAZ, SHANTAL	FECHA DE NACIMIENTO:	27/08/1986
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	INGRESO HOSPITALARIO

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA			
PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI NO X	VIGENCIA DE:	09/06/2025 A: 09/06/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	2882500024947	CONTRATANTE:	RIVA PALACIO PEREZ, JOSE EDUARDO
TITULAR DE LA PÓLIZA:	RIVA PALACIO PEREZ, JOSE EDUARDO	NÚMERO DE RIESGO:	1
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE	CATEGORÍA DEL EMPLEADO:	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	HABITACIÓN:	606
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	FECHA Y HORA DE INGRESO:	25/12/2025 03:20

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 225288320100334			
SINIESTRO	DIAGNÓSTICO		CLAVE ICD
225288320100334	CALCULO DEL RIÑÓN Y DEL URETER		N20
TRATAMIENTO MÉDICO:			CLAVE CPT
CISTOURETROSCOPIA CON LITOTRIPSIA (INCLUYE CATETERIZACIÓN URETERAL)			52337
HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 225288320100334			
NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
GERARDO REMBIS AVILA	CIRUJANO	33461.85	225288320100334/2
ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO	ANESTESIÓLOGO	9347.03	225288320100334/3
SALVADOR HERNANDEZ CASTRO	1ER. AYUDANTE	6231.35	225288320100334/4

OBSERVACIONES
SE GENERA CARTA DE EGRESO // PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL // DX. CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER // DEDUCIBLE \$20,000.00 // COASEGURO DE HOSPITAL 10% // COASEGURO DE HONORARIOS MEDICOS 10% // SE TABULA AL EQUIPO QUIRURGICO DE ACUERDO CON TABULADOR Y PLAN CONTRATADO // DICTAMINA BRIANURI ***** 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*.

OBSERVACIONES (Continuación)

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 ASEGURADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.
- *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 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