

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:	FABIOLA BERNAL MENDOZA	FECHA DE NACIMIENTO:	21/09/1984
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	01/01/2025	A:	01/01/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	261250000508		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	HABITACIÓN:	AMBULATORIO
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	FECHA Y HORA DE INGRESO:	27/12/2025 09:10

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 225261630000868:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	33787.03	C56

ESTADO DE CUENTA**MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL**

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.	MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL	MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL
33787.03	0	TOTAL: 33787.03	MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
0.0	0.0	0.0	0
TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: .00			

OBSERVACIONES

MYRNACAR/CARTA DE EGRESO HOSPITALARIO

SIN DED NI COA, YA TOPADOS

SE AUTORIZA QUIMIOTERAPIA PARA EL 27 DE DICIEMBRE

DICTAMINADO POR FHERNAN1/24//12/2025/ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO./ PROCEDA COMO ENFERMEDAD COMPLEMENTO, BAJO COTIZACIÓN ENVIADA/ NO SE

OBSERVACIONES (Continuación)

CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES /

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 ASEGURADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.

1.

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

DETALLE POR SINIESTRO

SINIESTRO 225261630000868:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	C56	225261630000868/37
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 0	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: .00	TOTAL COASEGURO. HOSP: .00	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: .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 JUAREZ, 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.

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