

**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:	TAHAN RAI JEANNETH, CAROLINA	FECHA DE NACIMIENTO:	17/03/1987
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	INGRESO HOSPITALARIO

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	03/03/2025	A:	03/03/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	2882300010330		CONTRATANTE:	TAHAN RAI, JEANNETH CAROLINA		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	TAHAN RAI, JEANNETH CAROLINA		NÚMERO DE RIESGO:	1		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	HABITACIÓN:	URGENCIAS
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	FECHA Y HORA DE INGRESO:	06/01/2026 13:17

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 226288040100014:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226288040100014	COLECISTITIS CRONICA	181130.92	K81.1

ESTADO DE CUENTA**MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL**

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.	ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO
181661.86	530.94	TOTAL: 150988.14

MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
10000.0	17113.09	3029.69	530.94
TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 30673.72			

OBSERVACIONES

SE GENERA CARTA DE EGRESO // PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL // DX. COLECISTITIS CRONICA // DEDUCIBLE \$10,000.00 // COASEGURO DE HOSPITAL 10% // COASEGURO DE HONORARIOS MEDICOS 10% // SE TABULA AL EQUIPO QUIRURGICO DE ACUERDO CON TABULADOR Y PLAN CONTRATADO // DICTAMINA BRIANURI

OBSERVACIONES (Continuación)

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
 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.
 2. FACTURA XML TIMBRADA
 3. CARTA AUTORIZACIÓN CON FOLIO RAM LEGIBLE
 4. 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 226288040100014:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
226288040100014	COLECISTITIS CRONICA	K81.1	226288040100014/1
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 10000	COA. CONTRATADO: 10	COA. CONTRATADO: 10	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: 10000.00	TOTAL COASEGURO. HOSP: 17113.09	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 3029.69	

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

NÚMERO DE TRÁMITE: 22610753105

FECHA EMISIÓN: 07/01/2026 16:24



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