

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:	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 226288040100014

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD	
226288040100014	COLECISTITIS CRONICA	K81.1	
	TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT	
	COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	56340	
HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 226288040100014			
NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
ERANDENI ITZEL FERNANDEZ SILVA	CIRUJANO	19433.97	226288040100014/2
DANIEL RODRIGUEZ ROMO	ANESTESIÓLOGO	5431.47	226288040100014/3
RAUL MARIN DOMINGUEZ	1ER. AYUDANTE	3620.98	226288040100014/4
ELISA SEPULVEDA GUERRERO	2DO. AYUDANTE	1810.49	226288040100014/5

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

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.

OBSERVACIONES (Continuación)

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 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