

CARTA AUTORIZACION (PRE-FACTURA)



NÚMERO DE TRÁMITE: 22610752480

FECHA EMISIÓN: 20/01/2026 16:46

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:	GARCIA NAVA, LUZ JACQUELINE	FECHA DE NACIMIENTO:	01/11/1976
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:	2882000041138		CONTRATANTE:	INNOVA INCRESCENDO PLANEACION ESTRATEGICA		
TITULAR DE LA PÓLIZA:	INNOVA INCRESCENDO PLANEACION ESTRATEGICA		NÚMERO DE RIESGO:	1		
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	HABITACIÓN:	615
TIPO DE PROVEEDOR:	OTROS	FECHA Y HORA DE INGRESO:	18/01/2026 19:40
		FECHA Y HORA DE EGRESO:	20/01/2026 00:00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226288050100006:			
226288050100006	GONARTROSIS [ARTROSIS DE LA RODILLA]	634001.06	M17

ESTADO DE CUENTA

MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS

DESVÍOS DEL EDO. CTA.

ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO

644674.08

10673.01

TOTAL: 564001.06

MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE

COASEGURO HOSPITAL

COASEGURO MÉDICO

DESVIOS DEL EDO. CTA.

30000.0

34063.5

5936.5

10673.01

TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 80673.01

OBSERVACIONES

DICTAMINADO POR ASOMOZAH // ENFERMEDAD INICIAL // CARTAS FINALES Y DESVÍOS. // APLICA DEDUCIBLE DE 430,000.00, COASEGURO HOSPITALARIO Y DE HONORARIOS MEDICOS 10%, TOPE DE COASEGURO \$40,000.00 // TABULADO ACORDE A PRODUCTO

OBSERVACIONES (Continuación)

CONTRATADO,

NO SE CUBREN EN LA HOSPITALIZACIÓN: ESTUDIOS Y VALORACIONES PREOPERATORIAS DEBEN SER PREVIAS AL INGRESO, ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ESTUDIOS PARA DESCARTAR COVID INCLUYENDO EQUIPO DE PROTECCIÓN, ARTICULOS DE USO PERSONAL Y DESECHABLES.

"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 ASEGURADO QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN.
*EL RÉGIMEN FISCAL, ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DIRECCIÓN FISCAL DEBERÁN COINCIDIR CON LA INFORMACIÓN DE LA FACTURA.
"

DETALLE POR SINIESTRO

SINIESTRO 226288050100006:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
226288050100006	GONARTROSIS [ARTROSIS DE LA RODILLA]	M17	226288050100006/2
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 30000	COA. CONTRATADO: 10	COA. CONTRATADO: 10	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: 30000.00	TOTAL COASEGURO. HOSP: 34063.50	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 5936.50	

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: **22610752480**

FECHA EMISIÓN: 20/01/2026 16:46

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