

**ESTIMADO ASEGURADO**

MAPFRE OTORGА LA PRESENTE PRE-FACTURA POR EL PAGO DIRECTO DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS DEL PACIENTE AQUИ SUSCRITO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA PОLIZA CONTRATADA Y SUS COBERTURAS.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE COMPLETO:	<b>GARCIA NAVA, LUZ JACQUELINE</b>	FECHA DE NACIMIENTO:	01/11/1976
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

**INFORMACIÓN DE LA PОLIZA**

PОLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI	NO X	VIGENCIA DE:	28/10/2025	A:	28/10/2026
NÚMERO DE PОLIZA:	<b>2882000041138</b>		CONTRATANTE:	INNOVA INCRESCENDO PLANEACION ESTRATEGICA		
TITULAR DE LA PОLIZA:	INNOVA INCRESCENDO PLANEACION ESTRATEGICA		NÚMERO DE RIESGO:	1		
PОLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE		CATEGORÍA DEL EMPLEADO:			

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	<b>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES</b>	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 226288050100006:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226288050100006	GONARTROSIS [ARTROSIS DE LA RODILLA]	634001.06	M17

**ESTADO DE CUENTA****MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL**

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVIOS	DESVIOS DEL EDO. CTA.	ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO	
644674.08	10673.01	<b>TOTAL: 564001.06</b>	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
<b>TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 80673.01</b>			

**OBSERVACIONES**

DICTAMINADO POR ASOMOZAH // ENFERMEDAD INICIAL // CARTAS FINALES Y DESVIOS. // 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, ARTÍCULOS 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		
<b>TOTAL DEDUCIBLE: 30000.00</b>	<b>TOTAL COASEGURO. HOSP: 34063.50</b>	<b>TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 5936.50</b>	

## 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 JUÁREZ, 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