

**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: **ANAYELI RIVERA GONZALEZ** FECHA DE NACIMIENTO: 29/05/1999
SEXO: FEMENINO TIPO DE TRAMITE: INGRESO HOSPITALARIO

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 01/05/2025 A: 01/05/2026
NÚMERO DE PÓLIZA: **2612500001616** CONTRATANTE: IDS COMERCIAL
TITULAR DE LA PÓLIZA: IDS COMERCIAL NÚMERO DE RIESGO: 333
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: 504
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 21/02/2026 07:44

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 226261620000141

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
226261620000141	PROCTITIS (CRONICA) ULCERATIVA	K51.2

TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT
CONSULTA DE URGENCIAS	99284

HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 226261620000141

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
ANA MERCED RUIZ ZAVALA	CIRUJANO	15490.54	226261620000141/2
BRUNO OCAMPO GARGES	ANESTESIÓLOGO	3214.97	226261620000141/3
JESUS ALBERTO ZARAGOZA DE LA CRUZ	1ER. AYUDANTE	2143.31	226261620000141/4

OBSERVACIONES

ARENASTR // CARTA EGRESO // PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL // APLICA DEDUCIBLE DE \$4,000 // NO APLICA COASEGURO POR ENDOSO // HONORARIOS TABULADOS ACORDE AL PRODUCTO // CUENTA SIN DESVIOS.
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. COMPROBANTE DE DOMICILIO FISCAL NO MAYOR A 3 MESES, COINCIDIR CON CSF
6. FACTURA PDF:
A. EL NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA DEBE COINCIDIR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO, ASÍ COMO EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.
B. QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA PÁGINA DEL SAT



OBSERVACIONES (Continuación)

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.

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