

## CARTA AUTORIZACION (PRE-FACTURA)

NÚMERO DE TRÁMITE: 22610785834

FECHA EMISIÓN: 12/03/2026 13:45



## 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: **NAJERA MEJIA, EFRAIN** FECHA DE NACIMIENTO: 04/12/1984  
SEXO: MASCULINO TIPO DE TRAMITE: INGRESO HOSPITALARIO

## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 03/04/2026 A: 03/04/2027  
NÚMERO DE PÓLIZA: **2882500011610** CONTRATANTE: NAJERA MEJIA, EFRAIN  
TITULAR DE LA PÓLIZA: NAJERA MEJIA, EFRAIN NÚMERO DE RIESGO: 1  
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: 618  
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 10/03/2026 13:28  
FECHA Y HORA DE EGRESO: 12/03/2026 13:10

## INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 226288060100136:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226288060100136	HEMORROIDES	104859.55	184

## ESTADO DE CUENTA

## MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS

DESVÍOS DEL EDO. CTA.

ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO

107712.41

2852.85

**TOTAL: 78056.24**

MONTO INCLUYE IVA: Si

## MONTO A CARGO DEL PACIENTE

DEDUCIBLE

COASEGURO HOSPITAL

COASEGURO MÉDICO

DESVIOS DEL EDO. CTA.

15000.0

8985.96

2817.34

2852.85

**TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 29656.15**

## OBSERVACIONES

SE GENERA CARTA DE EGRESO // PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL // DX. SANGRADO RECTAL SECUNDARIO A ENFERMEDAD HEMORROIDAL // DEDUCIBLE \$15,000.00 // COASEGURO DE HOSPITAL 10% // COASEGURO DE HONORARIOS MEDICOS 10% // SE TABULA AL EQUIPO QUIRÚRGICO DE ACUERDO CON TABULADOR Y PLAN CONTRATADO // DICTAMINA BRIANURI  
\*\*\*\*\*

ESTIMADO MÉDICO NO RED, PARA TRAMITE DE LIQUIDACIÓN EN REACHCORE ES NECESARIO INGRESAR:



## OBSERVACIONES (Continuación)

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 226288060100136:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
226288060100136	HEMORROIDES	184	226288060100136/1
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 15000	COA. CONTRATADO: 10	COA. CONTRATADO: 10	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
<b>TOTAL DEDUCIBLE: 15000.00</b>	<b>TOTAL COASEGURO. HOSP: 8985.96</b>	<b>TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 2817.34</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 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

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE