

**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: **GUADALUPE YAZMIN GOMEZ CASILLAS** FECHA DE NACIMIENTO: 16/02/1993  
SEXO: FEMENINO TIPO DE TRAMITE: INGRESO HOSPITALARIO

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 17/12/2025 A: 17/12/2026  
NÚMERO DE PÓLIZA: **2612500004463** CONTRATANTE: NEGOCIACION INDUSTRIAL CARVID  
TITULAR DE LA PÓLIZA: NEGOCIACION INDUSTRIAL CARVID NÚMERO DE RIESGO: 37  
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: 605  
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 13/03/2026 23:40  
FECHA Y HORA DE EGRESO: 15/03/2026 00:00

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

SINIESTRO 226261230100060:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226261230100060	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS	58053.40	K21.0

**ESTADO DE CUENTA****MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL****IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS****DESVÍOS DEL EDO. CTA.****ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO**

58147.11

93.71

**TOTAL: 43960.77**

MONTO INCLUYE IVA: Si

**MONTO A CARGO DEL PACIENTE****DEDUCIBLE****COASEGURO HOSPITAL****COASEGURO MÉDICO****DESVÍOS DEL EDO. CTA.**

13202.0

0.0

890.63

93.71

**TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 14186.34****OBSERVACIONES**

DVMANCIL // CARTA EGRESO // PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL ESOFAGITIS B DE LOS ANGELES // DEDUCIBLE \$13202.00 // COASEGURO MEDICO 5% // COASEGURO HOSPITALARIO 0% (REDUCCION DE 5% POR USO DE HOSPITAL DE MENOR NIVEL AL CONTRATADO) // TOPE DE COASEGURO \$30000.00 // SE TABULA DE ACUERDO AL PRODUCTO CONTRATADO // SE ANEXAN DEAVIOS



OBSERVACIONES (Continuación)

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
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 226261230100060:

DIAGNÓSTICO:

ICD:

FOLIO RAM:

226261230100060

ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS

K21.0

226261230100060/1

DEDUCIBLE

COASEGURO HOSPITAL

COASEGURO MÉDICO

DED CONTRATADO: 13202

COA. CONTRATADO: 5

COA. CONTRATADO: 5

REDUCCIÓN DED: 0

REDUCCIÓN COA. HOSP: 5

REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0

INCREMENTO COA. HOSP: 0

TOTAL DEDUCIBLE: 13202.00

TOTAL COASEGURO. HOSP: .00

TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 890.63

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



A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE