

**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: **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

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 226261230100060

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
226261230100060	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS	K21.0

TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT
CONSULTA DE URGENCIAS	99284

HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 226261230100060

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
CHRISTIAN LUIS SALINAS OCAMPO // CONSULTA DE URG. + PANENDOSCOPIA	CIRUJANO	14408.32	226261230100060/2
MARIO HUMBERTO NOCHEBUENA GARCÍA	ANESTESIÓLOGO	3404.20	226261230100060/3

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

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



OBSERVACIONES (Continuación)

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.

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