

**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: **MORENO BARRON, LEVIC JONATHAN** FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/1988  
SEXO: MASCULINO TIPO DE TRAMITE: INGRESO HOSPITALARIO

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 07/07/2025 A: 07/07/2026  
NÚMERO DE PÓLIZA: **2882000021311** CONTRATANTE: NAVA ALVAREZ, STEPHANY FERNANDA  
TITULAR DE LA PÓLIZA: NAVA ALVAREZ, STEPHANY FERNANDA NÚMERO DE RIESGO: 2  
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: URGENCIAS  
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 18/03/2026 11:02

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 226288312000199**

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
226288312000199	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	184.8

**TRATAMIENTO MÉDICO:**

TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT
COLONOSCOPIA A TRAVÉS DE UN ESTOMA.	44388

**HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 226288312000199**

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
JOSE LUIS SERNA SOTO HEMORROIDECTOMIA + COLONOSCOPIA 1ER AYUDANTE	CIRUJANO	21490.94	226288312000199/2
EDGAR VICENTE URIBE MONTROYA COLONOSCOPIA + HEMORROIDECTOMIA	ANESTESIÓLOGO	8736.22	226288312000199/3
PABLO ESTEBAN HERNANDEZ SOLANA HEMORROIDECTOMIA	1ER. AYUDANTE	3916.70	226288312000199/4
BEATRIZ ANDREA ENRIQUEZ CONSTANTINO COLONOSCOPIA	CIRUJANO	9537.24	226288312000199/5



OBSERVACIONES

AMAURYE//PROCEDE COMO ENFERMEDAD SE TABULA CORRESPNDIENTE A TABULADOR CONTRATADO/PROCEDE CON DEDUCIBLE CONTRATADO/PROCEDE CON COASEGURO HOSPITALARIO Y MEDICO CONTRATADO/  
ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO  
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, LOS NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES / EN CASO DE REALIZARSE PROCEDIMIENTO DIFERENTE O ADICIONAL AL PROGRAMADO, ESTA CARTA SE INVALIDARÁ // AMAURYHE

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:
  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. "

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