

**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: **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
FECHA Y HORA DE EGRESO: 19/03/2026 00:00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 226288312000199:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226288312000199	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	101501.38	184.8

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

101616.22

114.84

TOTAL: 73483.13

MONTO INCLUYE IVA: Si

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

15000.0

8650.14

4368.11

114.84

TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 28133.09**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



OBSERVACIONES (Continuación)

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. "

DETALLE POR SINIESTRO

SINIESTRO 226288312000199:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
226288312000199	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	184.8	226288312000199/1
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		
TOTAL DEDUCIBLE: 15000.00	TOTAL COASEGURO. HOSP: 8650.14	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 4368.11	

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

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