

**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: **ALINA ESMERALDA CHAVEZ GOMEZ** FECHA DE NACIMIENTO: 25/06/1999  
SEXO: FEMENINO TIPO DE TRAMITE: INGRESO HOSPITALARIO

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 01/01/2026 A: 01/01/2027  
NÚMERO DE PÓLIZA: **2612500004309** CONTRATANTE: COMPARTAMOS SERVICIOS S.A. DE C.V.  
TITULAR DE LA PÓLIZA: COMPARTAMOS SERVICIOS S.A. DE C.V. NÚMERO DE RIESGO: 194  
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: 24/03/2026 23:29  
FECHA Y HORA DE EGRESO: 26/03/2026 13:35

**INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226261820000337:			
226261820000337	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO	36218.15	K56.4

**ESTADO DE CUENTA**

IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.
36488.15	270.00

**MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL****ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO****TOTAL: 28077.62**

MONTO INCLUYE IVA: Si

**MONTO A CARGO DEL PACIENTE**

DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
4250.0	3196.81	693.72	270.00

**TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 8410.53****OBSERVACIONES**

SE GENERA CARTA DE EGRESO // PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL // DX. OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO // DEDUCIBLE \$4,250.00 (POR ENDOSO) // COASEGURO DE HOSPITAL 10% (POR ENDOSO) // COASEGURO DE HONORARIOS MEDICOS 10% (POR ENDOSO) // SE TABULA AL EQUIPO MEDICO DE ACUERDO CON TABULADOR Y PLAN CONTRATADO // DICTAMINA BRIANURI



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. 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 226261820000337:

DIAGNÓSTICO:

ICD:

FOLIO RAM:

226261820000337

OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO

K56.4

226261820000337/1

DEDUCIBLE

COASEGURO HOSPITAL

COASEGURO MÉDICO

DED CONTRATADO: 4250

COA. CONTRATADO: 10

COA. CONTRATADO: 10

REDUCCIÓN DED: 0

REDUCCIÓN COA. HOSP: 0

REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0

INCREMENTO COA. HOSP: 0

TOTAL DEDUCIBLE: 4250.00

TOTAL COASEGURO. HOSP: 3196.81

TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 693.72

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, appearing to be "E. Juárez", written over a horizontal line.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE