

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA405

Episodio:1501438746

Paciente: FABIOLA BERNAL MENDOZA

Fecha de Ingreso: 26.03.2026

Hora de Ingreso: 11:16:00

Fecha de Egreso : 31.03.2026

Hora de Egreso : 09:25:00

Página: 9 de 9

Fecha: 31.03.2026 Hora: 11:10:24

Compañía: MAPFRE MEXICO

Médico: ARTURO DEL VALLE RIVERA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	26,150.37
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	11,782.54
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	2,013.50
CARGOS CIRUGÍA	108,143.52
CARGOS INSUMOS	182,346.44
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	38,998.70
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	34,238.63
DESCUENTO ADMISIÓN	4,184.04-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	1,885.23-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	322.15-
DESCUENTO CIRUGÍA	17,302.96-
DESCUENTO INSUMOS	29,175.44-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	6,239.79-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	5,478.24-

Importe:	403,673.70
Descuentos:	64,587.85-
Sub-total:	339,085.85
IVA(16,00%):	54,253.74
Total de Cargos:	393,339.59
Deducible:	0.00
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	393,339.59

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Página: 1 de 2

Tipo paciente: Hospitalizado

Fecha: 31.03.2026 Hora: 11:19:31

Habitación: CLHA405

Episodio:1501438746

Paciente: FABIOLA BERNAL MENDOZA

Compañía: Paciente particular

Fecha de Ingreso: 26.03.2026

Hora de Ingreso: 11:16:00

Médico: ARTURO DEL VALLE RIVERA

Fecha de Egreso : 31.03.2026

Hora de Egreso : 09:25:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
26.03.2026	2000291421	SOLUCION ANTISEPTICA KENERPURE	1	388.56	0.00	388.56	62.16	450.72	450.72	12:04	SOAPUSER
30.03.2026	2000025357	PROTECTOR ULTRAS 61X91 UPLDPRO 2436 C10	1	183.22	0.00	183.22	29.32	212.54	663.26	10:55	SOAPUSER

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	571.78
Descuentos:	0.00
Sub-total:	571.78
IVA(16,00%):	91.48
Total de Cargos:	663.26
Deducible:	0.00
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	663.26

**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: **FABIOLA BERNAL MENDOZA** FECHA DE NACIMIENTO: 21/09/1984
SEXO: FEMENINO TIPO DE TRAMITE: REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 01/01/2026 A: 01/01/2027
NÚMERO DE PÓLIZA: **2612600000750** CONTRATANTE: ETN TURISTAR LUJO
TITULAR DE LA PÓLIZA: ETN TURISTAR LUJO NÚMERO DE RIESGO: 62
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: 405
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 26/03/2026 11:16

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 225261630000868

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	C16

TRATAMIENTO MÉDICO:

TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT
GASTRECTOMIA TOTAL; CON ESOFAGOENTEROANASTOMOSIS	43620

HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 225261630000868

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
DR. ARTURO DEL VALLE RIVERA (PROCEDIMIENTO + VISITAS)	CIRUJANO	58346.78	225261630000868/45
DRA. NARDY DUEÑAS ORBE	ANESTESIOLOGO	16468.74	225261630000868/46
DR. JOEL HUMBERTO SANTILLAN RUVALCABA	1ER. AYUDANTE	10979.16	225261630000868/47
DR. AHLDO ISSAZEY CONTI ZUÑIGA	2DO. AYUDANTE	5489.58	225261630000868/48

OBSERVACIONES

CARTA AUTORIZACION // PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE ENFERMEDAD Y SINIESTRO // APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGUROS (YA PAGADOS Y TOPADOS) // DICTAMINA BSNERIC
// ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO // LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO PARA MODIFICAR ESTA AUTORIZACIÓN, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. // HONORARIOS TABULADOS ACORDE AL PRODUCTO CONTRATADO. //
// NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PACIMIENTO ACTUAL // NO SE CUBREN



OBSERVACIONES (Continuación)

ESTUDIOS NI VALORACION PREOPERATORIA, ESTAS DEBERAN REALIZARSE PREVIOS A SU INTERNAMIENTO, NO SE CUBREN ESTUDIOS PARA DETECCION DE COVID. //

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.

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

**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: **FABIOLA BERNAL MENDOZA** FECHA DE NACIMIENTO: 21/09/1984
SEXO: FEMENINO TIPO DE TRAMITE: REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 01/01/2026 A: 01/01/2027
NÚMERO DE PÓLIZA: **2612600000750** CONTRATANTE: ETN TURISTAR LUJO
TITULAR DE LA PÓLIZA: ETN TURISTAR LUJO NÚMERO DE RIESGO: 62
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: 405
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 26/03/2026 11:16
FECHA Y HORA DE EGRESO: 31/03/2026 00:00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

SINIESTRO 225261630000868:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	393339.59	C16

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

393896.72

557.14

TOTAL: 393339.59

MONTO INCLUYE IVA: Si

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

0.0

0.0

0.0

557.14

TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 557.14**OBSERVACIONES**

CARTA AUTORIZACION // PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE ENFERMEDAD Y SINIESTRO // APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGUROS (YA PAGADOS Y TOPADOS) // DICTAMINA BSNERIC
// ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO // LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO PARA MODIFICAR ESTA AUTORIZACIÓN, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. // HONORARIOS TABULADOS ACORDE AL PRODUCTO



OBSERVACIONES (Continuación)

CONTRATADO. //

// NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PACIMIENTO ACTUAL // NO SE CUBREN ESTUDIOS NI VALORACION PREOPERATORIA, ESTAS DEBERAN REALIZARSE PREVIOS A SU INTERNAMIENTO, NO SE CUBREN ESTUDIOS PARA DETECCION DE COVID. //

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 225261630000868:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
225261630000868	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	C16	225261630000868/44
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 0	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: .00	TOTAL COASEGURO. HOSP: 0	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 0	

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