

**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: **GOMEZ CABAÑAS, GABRIEL** FECHA DE NACIMIENTO: 09/09/1976
SEXO: MASCULINO TIPO DE TRAMITE: INGRESO HOSPITALARIO

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN: SI NO X VIGENCIA DE: 27/11/2025 A: 27/11/2026
NÚMERO DE PÓLIZA: **2882300053025** CONTRATANTE: GOMEZ CABAÑAS, GABRIEL
TITULAR DE LA PÓLIZA: GOMEZ CABAÑAS, GABRIEL NÚMERO DE RIESGO: 1
PÓLIZA PAGADA HASTA: VIGENTE CATEGORÍA DEL EMPLEADO:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR: **HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES** HABITACIÓN: 603
TIPO DE PROVEEDOR: OTROS FECHA Y HORA DE INGRESO: 30/03/2026 16:35

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 226288320100062

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD
226288320100062	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	184.8

TRATAMIENTO MÉDICO:	CLAVE CPT
CONSULTA DE URGENCIAS	99284

HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 226288320100062

NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
ADRIAN MARTINEZ HERRERA / URG + PROCEDIMIENTOS	CIRUJANO	33407.27	226288320100062/2
ANGELES A LA TORRE	ANESTESIÓLOGO	9330.96	226288320100062/3
DAVID HERNANDEZ	1ER. AYUDANTE	6220.64	226288320100062/4

OBSERVACIONES

DICTAMINADO POR ASOMOZAH // ENFERMEDAD INICIAL // CARTAS FINALES // APLICA DEDUCIBLE DE \$17,000.00, COASEGURO HOSPITALARIO 0% REDUCCION POR NIVEL Y DE HONORARIOS MEDICOS 10%, TOPE DE COASEGURO \$40,000.00 // TABULADO ACORDE A PRODUCTO CONTRATADO.

"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*.



OBSERVACIONES (Continuación)

- 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