



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:	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
		FECHA Y HORA DE EGRESO:	31/03/2026 00:00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO			
SINIESTRO 226288320100062:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
226288320100062	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	91930.53	184.8

ESTADO DE CUENTA		MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL
IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.	ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO
91930.53	0	TOTAL: 70034.64
		MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE			
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
17000.0	0.0	4895.89	0
TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 21895.89			

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.



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 226288320100062:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
226288320100062	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	184.8	226288320100062/1
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 17000	COA. CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 10	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: 17000.00	TOTAL COASEGURO. HOSP: .00	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 4895.89	

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 "S. J. A.", written over a faint, illegible stamp.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE