



NÚMERO DE TRÁMITE: 22610782185

FECHA EMISIÓN: 06/04/2026 20:52

## 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:	<b>RUIZ BECERRIL, IVANNA</b>	FECHA DE NACIMIENTO:	06/08/2006
SEXO:	FEMENINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA			
PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI NO X	VIGENCIA DE:	29/12/2025 A: 29/12/2026
NÚMERO DE PÓLIZA:	<b>2882500075463</b>	CONTRATANTE:	BECERRIL LEYVA, ALINE
TITULAR DE LA PÓLIZA:	BECERRIL LEYVA, ALINE	NÚMERO DE RIESGO:	2
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE	CATEGORÍA DEL EMPLEADO:	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	<b>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES</b>	HABITACIÓN:	HABITACION 607
TIPO DE PROVEEDOR:		FECHA Y HORA DE INGRESO:	05/04/2026 22:35
		FECHA Y HORA DE EGRESO:	06/04/2026 00:00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO			
<b>SINIESTRO</b>	<b>DIAGNÓSTICO:</b>	<b>MONTO AUT.</b>	<b>ICD:</b>
<b>226288230100141:</b>			
226288230100141	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA	199131.77	M23

ESTADO DE CUENTA		MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL
IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.	ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO
201002.10	1870.34	<b>TOTAL: 174705.80</b>
		MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE			
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
0.0	19913.18	4512.8	1870.34
<b>TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 26296.32</b>			

OBSERVACIONES
SASANC1//YAMILETT// CARTA EGRESO CON DESVIOS, PROCEDE COMO ACCIDENTE, DEDUCIBLE SE ELIMINA, COASEGURO HOSPITALARIO 10%, COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 10%, TOPE DE COASEGURO \$40,000// SE TABULA CON PRODUCTO CONTRATADO//NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, DESECHABLES, NO RELACIONADOS Y ESTUDIOS DIFERENCIALES // NO SE CUBREN ESTUDIOS PARA DESCARTAR COVID NI EQUIPO DE PROTECCION NI ARTICULOS DE USO PERSONAL//ESTA CARTA ES INFORMATIVA, NO EXCLUYE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO.



**OBSERVACIONES (Continuación)**

\*\*\*\*\*  
 SE TABULAN HONORARIOS MÉDICOS ACORDE A INFORMES MÉDICOS EN FORMATOS MAPFRE REFIRIENDO QUE SE AJUSTAN A TABULADOR Y NOTAS DE EVOLUCIÓN FIRMADAS RECIBIDAS  
 \*\*\*\*\*  
 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:  
 A. EL NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA DEBE COINCIDIR CON LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO, ASÍ COMO EN LA CARTA AUTORIZACIÓN.  
 B. 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 226288230100141:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
226288230100141	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA	M23	226288230100141/2
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 10	COA. CONTRATADO: 10	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
<b>TOTAL DEDUCIBLE: .00</b>	<b>TOTAL COASEGURO. HOSP: 19913.18</b>	<b>TOTAL COASEGURO. MÉDICO: 4512.80</b>	

**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 "Y. J." with a stylized flourish.

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE