

CARTA AUTORIZACION (PRE-FACTURA)



NÚMERO DE TRÁMITE: 22510734459

FECHA EMISIÓN: 12/12/2025 08:58

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:	GUILLERMO ADRIAN SANDOVAL HERNANDEZ	FECHA DE NACIMIENTO:	20/05/1993
SEXO:	MASCULINO	TIPO DE TRAMITE:	REPORTE CON CARTA

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA			
PÓLIZA EN PROCESO DE EMISIÓN:	SI NO X	VIGENCIA DE:	22/12/2024 A: 22/12/2025
NÚMERO DE PÓLIZA:	2612500000335	CONTRATANTE:	IQSEC
TITULAR DE LA PÓLIZA:	IQSEC	NÚMERO DE RIESGO:	124
PÓLIZA PAGADA HASTA:	VIGENTE	CATEGORÍA DEL EMPLEADO:	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	HABITACIÓN:	060
TIPO DE PROVEEDOR:		FECHA Y HORA DE INGRESO:	11/12/2025 09:43
		FECHA Y HORA DE EGRESO:	12/12/2025 00:00

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO			
SINIESTRO 225261230000375:	DIAGNÓSTICO:	MONTO AUT.	ICD:
225261230000375	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	133610.05	J34.2

ESTADO DE CUENTA		MONTO AUTORIZADO AL HOSPITAL
IMPORTE EDO. CTA. SIN DESVÍOS	DESVÍOS DEL EDO. CTA.	ANTES DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO
134359.89	749.85	TOTAL: 129610.05
		MONTO INCLUYE IVA: Si

MONTO A CARGO DEL PACIENTE			
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	DESVIOS DEL EDO. CTA.
4000.0	0.0	0.0	749.85
TOTAL A CARGO DEL PACIENTE: 4749.85			

OBSERVACIONES
MCERVANT// PROCEDE COMO ENFERMEDAD INICIAL, APLICA DEDUCIBLE DE \$4,000 SIN COASEGURO DE ACUERDO CON EL ENDOSO. // ///// ESTIMADO MÉDICO NO RED, PARA TRAMITE DE LIQUIDACIÓN EN REACHCORE ES NECESARIO INGRESAR: 1. INE VIGENTE LEGIBLE POR AMBOS LADOS.



OBSERVACIONES (Continuación)

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 225261230000375:	DIAGNÓSTICO:	ICD:	FOLIO RAM:
225261230000375	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J34.2	225261230000375/2
DEDUCIBLE	COASEGURO HOSPITAL	COASEGURO MÉDICO	
DED CONTRATADO: 4000	COA. CONTRATADO: 0	COA. CONTRATADO: 0	
REDUCCIÓN DED: 0	REDUCCIÓN COA. HOSP: 0	REDUCCIÓN COA. MÉDICO: 0	
	INCREMENTO COA. HOSP: 0		
TOTAL DEDUCIBLE: 4000.00	TOTAL COASEGURO. HOSP: .00	TOTAL COASEGURO. MÉDICO: .00	

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



NÚMERO DE TRÁMITE: **22510734459**

FECHA EMISIÓN: 12/12/2025 08:58

TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE

Av. Revolución #507, Col. San Pedro de los Pinos, Del. Benito Juárez, Ciudad de México, CP.03800. Tel.: 55-52-30-70-00 R.F.C. MTE440316E54