

**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



TRAMITADOR

COORDINADOR DE TRÁMITE

RESPONSABLE DEL TRÁMITE