

CARTA AUTORIZACION HONORARIOS MEDICOS

NÚMERO DE TRÁMITE: 22510734459



FECHA EMISIÓN: 12/12/2025 08:58

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: 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

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO 225261230000375

SINIESTRO	DIAGNÓSTICO	CLAVE ICD	
225261230000375	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J34.2	
TRATAMIENTO MÉDICO:			
SEPTOPLASTIA O RESECCIÓN DE MUCOSA, CON O SIN RESECCIÓN DE CARTÍLAGO O COLOCACIÓN DE INJERTO.			
HONORARIOS MÉDICOS SINIESTRO 225261230000375			
NOMBRE MÉDICO	ROL	MONTO AUTORIZADO	FOLIO RAM
FRANCISCO RODAS ALVAREZ ANESTESIOLOGO	ANESTESIOLOGO	7643	225261230000375/4
CARLOS FERNANDO AGUIRRE MUÑOZ ORL	CIRUJANO	25476	225261230000375/3
GYBRAN GALINDO RAMIREZ	1ER. AYUDANTE	5095	225261230000375/5

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.
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:

OBSERVACIONES (Continuación)

- 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.

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 MEDIOS 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