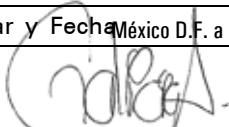


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250254108-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/01	
Nombre del paciente AGUILAR LOPEZ	Edad 26	Fecha de Nac. 1999/04/30	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante HIRERIGHT MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.	No. Póliza 2001-0463491	Vigencia 2025/09/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/03/31
Asegurado Titular AGUILAR LOPEZ	FLOR IRENE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000270312-00
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico COLECISTITIS LITIASICA AGUDA			
			Clave del Padecimiento K80-1
			Fecha de Inicio 2025/12/01
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
LAPAROSCOPIA QUIRURGICA PARA COLECISTECTOMIA			
DR. MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO TTE C.P. 11580016 (CXG)			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$130,278.91		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RED	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$ 6,878.92			
Coaseguro %			
Gastos no cubiertos por la póliza:			
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.			
IMPORTANTE:			
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.			
Observaciones			
PROCEDE. APLICA DEDUCIBLE DE \$6,878.92 SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.			
<<< CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA >>>			
Lugar y Fecha  Méjico D.F. a 01 de DICIEMBRE del 2025	Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición		
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico