

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 Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
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) 2025/03/31		Código (Preexistencia)
Asegurado Titular AGUILAR LOPEZ				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								47562 - 0- 0		
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				Procede la Reclamación		
Honorarios Quirúrgicos				Código Tabulador Negociación				Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				01 TPD SI RED				Importes a cargo del Asegurado		
				Nombre del Médico N				Deducible \$ 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 México 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			