CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01250220080-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2025/12/17

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
VALDIVIA	PERRUSQUIA	ANA MARCIE	31	1993/06/15	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
HSBC MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANC	2001-1130115	2025/01/01	2021/01/29	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VALDIVIA	PERRUSQUIA	ANA MARCIE	TITULAR	0000045030373-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES

[TI-RADS 5]

Clave del Padecimiento: D44-.0

Fecha de Inicio: 2024/12/15

Clave Procedimiento: 60220 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

HEMITIROIDECTOMIA DERECHA + ISTOECTMOIA CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO

JORGE ARMANDO RODRIGUEZ PULIDO 14127532

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

		Nombre del Médico	N
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **27,420.00**	ROPJ911027RX4	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **5,484.00**	GOCC831021M11	
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	$ **2,742.00**	AGUILAR HERNANDEZ ULISES	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **8,226.00**	AIRM901014BPA	
	$		
	$		
	$		
	$		

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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

CARTA PARA TABULACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS

* ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.02 *

Lugar y Fecha México D.F. a 17 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