

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO
Folio No.000000 Inicial SI NO
SINIESTRO No. 01250220080-06
Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/17
Nombre del paciente VALDIVIA	PERRUSQUIA	Edad 31	Fecha de Nac. 1993/06/15
		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante HSBC MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANC		No. Póliza 2001-1130115	Vigencia 2025/01/01
Asegurado Titular VALDIVIA		Parentesco con el Titular TITULAR	
		Certificado 0000045030373-00	
		Teléfono	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
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			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
*EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO			
CON IVA INCLUIDO*			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
60220 - 0- 0			
HEMIRIODECTOMIA DERECHA + ISTOECTMOIA CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO			
JORGE ARMANDO RODRIGUEZ PULIDO 14127532			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$484,537.82		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$.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			
CUBRE ATENCIÓN HOSPITALARIA, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS.			
APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO HOSPITALARIO			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.03			
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA			
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