

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 ANA MARCIE	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	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/01/29
Asegurado Titular VALDIVIA PERRUSQUIA ANA MARCIE	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			Clave del Padecimiento D44-0
[TI-RADS 5]			Fecha de Inicio 2024/12/15
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			Clave Procedimiento 60220 - 0- 0
EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
HEMIRIROIDECTOMIA 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		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	
	RED	Nombre del Médico N	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
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	
<div><div>Gerente Pago Directo GMM</div><div>Enterado Familiar y/o paciente</div><div>Recibi Hospital</div><div>Recibe Médico</div></div>			