

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. **03250204660-01**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/12/11
Nombre del paciente HUERTA RAMIREZ	Edad 48	Fecha de Nac. 1976/11/15
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Datos de la Póliza		
Contratante SULZER PUMPS MEXICO, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-0267958	Vigencia 2025/01/01
Asegurado Titular HUERTA RAMIREZ	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000003420-00
Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA Y POLIPO ENDOMETRIAL		
Clave del Padecimiento N84-0		
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO		
Fecha de Inicio 2025/11/25		
Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		
58558 - 0- 0		
POLIPECTOMIA HISTEROSCOPICA		
DR.FRAGOSO HERNANDEZ MARIO ALBERTO		
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 <input type="checkbox"/> N
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 10,257.00 FAHM880612JY0	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 3,077.00 ANESTESIOLOGIA	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 2,051.00 AYUDANTE	
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
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		
CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS.		
ELABORADA 11/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026		
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS		
Lugar y Fecha México D.F. a 11 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