

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 03250204660-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/11	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
HUERTA RAMIREZ ANA ELENA	48	1976/11/15	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
SULZER PUMPS MEXICO, S.A. DE C.V.	2012-0267958	2025/01/01	2024/08/12
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
HUERTA RAMIREZ ANA ELENA	TITULAR	0000000003420-00	
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
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			Fecha de Inicio
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			2025/11/25
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO			
			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 \$110,940.42			
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación			
01 TPD SI RED			
Nombre del Médico N			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
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.			
Observaciones			
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO/NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.			
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