

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250260869-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/22	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
RAMIREZ AVILA CARLOS ALBERTO	33	1991/09/05	Femenino Masculino
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
GOODLEAP DE MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.	2001-0365843	2025/07/01	2025/03/10
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RAMIREZ AVILA CARLOS ALBERTO	TITULAR	0000000008138-00	
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo
<b>Diagnóstico</b>			<b>Clave del Padecimiento</b>
FISTULA ANORECTOPERIANAL TRANESFINTERICA			K60-5
			<b>Fecha de Inicio</b>
			2025/12/22
			<b>Clave Procedimiento</b>
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			46270 - 0- 0
RECTOSIGMOIDOSCOPIA.FISTULECTOMIA.ESFINTEROPLASTIA			
DR ADRIÁN MARTÍNEZ HERRERA /COLOPROCTOLOGÍA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 66,495.10			
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación			
01 TPD SI RED			
Nombre del Médico N			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación			
Si No			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deducible \$ 3,439.46			
Coaseguro %			
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>			
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.			
<b>IMPORTANTE:</b>			
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.			
<b>Observaciones</b>			
PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE DE \$3,439.46 SIN COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.			
***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA***			
¡LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA!			
Lugar y Fecha		Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición	
México D.F. a 22 de DICIEMBRE del 2025			
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico