

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO
Folio No.000000 Inicial SI NO
SINIESTRO No. 02250260869-04
Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/22	
Nombre del paciente RAMIREZ AVILA	Edad 33	Fecha de Nac. 1991/09/05	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante GOODLEAP DE MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.	No. Póliza 2001-0365843	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/03/10
Asegurado Titular RAMIREZ AVILA	CARLOS ALBERTO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000008138-00
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico FISTULA ANORECTOPERIANAL TRANSESFINTERICA			Clave del Padecimiento K60-5
			Fecha de Inicio 2025/12/22
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
RECTOSIGMOIDOSCOPIA,FISTULECTOMIA,ESFINTEROPLASTIA			
DR ADRIÁN MARTÍNEZ HERRERA /COLOPROCTOLOGÍA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 66,495.10		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RED	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$ 3,439.46			
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			
PROCEDA 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 Méjico D.F. a 22 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