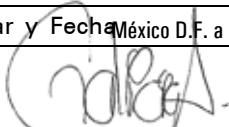


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250260869-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2025/12/22
Nombre del paciente RAMIREZ AVILA	Edad 33	Fecha de Nac. 1991/09/05
Sexo Femenino		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
Asegurado Titular RAMIREZ AVILA	Parentesco con el Titular CARLOS ALBERTO TITULAR	
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo
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 \$.01	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED
		Nombre del Médico <input type="text" value="N"/>
HONORARIOS DE CIRUJANO <u>18,466.00</u> MAHA700311.JX5		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE <u>3,693.00</u> PRIMER ATENCION		
HONORARIOS DE ANESTESISTA <u>5,540.00</u> ANESTESIOLOGO		
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO <u>2,335.00</u> MAHA700311.JX5		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
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		
HONORARIOS MEDICOS		
DR. MARTINEZ HERRERA ADRIAN CP 4831496 COLOPROCTOLOGO		
PRIMER ATENCION + PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		
Lugar y Fecha México 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