

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250260869-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2025/12/22	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
RAMIREZ AVILA CARLOS ALBERTO	33	1991/09/05	Femenino Masculino
Datos de la Póliza			
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
Diagnóstico FISTULA ANORECTOPERIANAL TRANESFINTERICA			Clave del Padecimiento
			K60-5
			Fecha de Inicio
			2025/12/22
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			46270 - 0- 0
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 Negociación
			01 TPD SI RED
			Nombre del Médico N
HONORARIOS DE CIRUJANO	18,466.00	MAHA700311JX5	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	3,693.00	PRIMER ATENCION	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	5,540.00	ANESTESIOLOGO	
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	2,335.00	MAHA700311JX5	
Observaciones			Procede la Reclamación
HONORARIOS MEDICOS			Si No
DR. MARTINEZ HERRERA ADRIAN CP 4831496 COLOPROCTOLOGO			
PRIMER ATENCION + PROCEDIMEINTO QUIRURGICO			
			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.
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