

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250274950-15

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/23	
Nombre del paciente HERMOSILLO CAMACHO LETICIA	Edad 54	Fecha de Nac. 1970/01/04	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante GRUPO POSADAS, S.A.B. DE C.V.	No. Póliza 2001-0741418	Vigencia 2024/12/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 1996/05/24
Asegurado Titular HERMOSILLO CAMACHO LETICIA	Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000406648-00
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico		Clave del Padecimiento	
RUPTURA MASIVA DE MANGUITO ROTADOR (SUPRAESPINOS. INFRAESPINOSO Y SUBESCAPULAR) + DESGARRO DE TENDON DEL BICEPS HOMBRO DERECHO		M75-1	
		Fecha de Inicio	
		2025/09/06	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		20610 - 0- 0	
INFILTRACION SUBACROMIAL Y DE TENDON BICIPITAL HOMBRO DERECHO			
GUIADO POR ULTRASONIDO			
+ESTA CARTA SUSTITUYE MOV 10+			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados		Procede la Reclamación	
Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$140,817.11		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos		Importes a cargo del Asegurado	
Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Deducible \$.00	
	RED	Coaseguro %	
	Nombre del Médico N	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			
PROCEDE PAGO DIRECTO Y HONORARIOS MÉDICOS SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE			
NI COASEGURO POR ENDOSO DE ACCIDENTE, NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES			
NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO ACTUAL.			
MONTO AUTORIZADO INCLUYE IVA; EL COASEGURO SE CALCULA SOBRE ESE TOTAL.			
*** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***			
Lugar y Fecha México D.F. a 23 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