

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	Edad LETICIA	Fecha de Nac. 54	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
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	Parentesco con el Titular LETICIA	Certificado TITULAR	Teléfono 0000000406648-00
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico			
RUPTURA MASIVA DE MANGUITO ROTADOR (SUPRAESPINOS, INFRAESPINOSO Y SUBESCAPULAR) + DESGARRO DE TENDON DEL BICEPS HOMBRO DERECHO			Clave del Padecimiento M75- 1
			Fecha de Inicio 2025/09/06
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
INFILTRACION SUBACROMIAL Y DE TENDON BICIPITAL HOMBRO DERECHO GUIADO POR ULTRASONIDO			20610 - 0- 0
+ESTA CARTA SUSTITUYE MOV 10+			
Causa del Rechazo SI PROcede .			
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$140,817.11		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		RED	Importes a cargo del Asegurado
		Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N	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.			
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 Méjico 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