

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO
Folio No.000000 Inicial SI NO
SINIESTRO No. 01250274950-14
Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2025/12/23
Nombre del paciente HERMOSILLO	CAMACHO	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
Asegurado Titular HERMOSILLO		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 1996/05/24	
CAMACHO		Parentesco con el Titular LETICIA	
TITULAR		Certificado 0000000406648-00	
Teléfono			
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			
M75- 1			
Fecha de Inicio 2025/09/06			
Clave del Padecimiento			
Clave Procedimiento			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
INFILTRACION SUBACROMIAL Y DE TENDON BICIPITAL HOMBRO DERECHO			
GUIADO POR ULTRASONIDO			
+ESTA CARTA SUSTITUYE MOV 10+			
Causa del Rechazo	SI PROcede		
Importes Autorizados			
Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01	Procede la Reclamación		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Honorarios Quirúrgicos			
Código Tabulador	Negociación	Importes a cargo del Asegurado	
01 TPD	SI	RED	
Nombre del Médico		N	
HONORARIOS DE CIRUJANO			
2,500.00	LАОA920310G34		
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
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			
CARTA HONORARIOS MEDICOS			
DR. ARTURO LARRAZOLO OCHOA CP. 12365549 ORTOPEDIA			
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	