CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260200156-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
PRIOR	RAMOS	ALEJANDRA	38	1986/12/19	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
FG ASOCIADOS, S.C.	2001-0076364	2025/12/01	2016/02/10	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
PRIOR	RAMOS	ALEJANDRA	TITULAR	0000000000043-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico FISTULA ANORECTOPERIANAL COMPLEJA

Clave del Padecimiento: K60-.5

Fecha de Inicio: 2025/12/27

Clave Procedimiento: 46060 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

FISTULECTOMIA + MARSUPIALIZACION + RECTOSIGMOIDOSCOPIA

DR. ADRIAN MARTINEZ HERRERA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **69,905.89**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	NO	N

Nombre del Médico

$

$

$

$

$

$

$

$

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **6,878.92**

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, CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE SIN COASEGURO MEDICO NI HOSPITALARIO POR ENDOSO. 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 27 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