

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI X NO

SINIESTRO No. 01250292124-09

Última Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/18
Nombre del paciente VALDEZ	RAMIREZ	Edad 38	Fecha de Nac. 1986/09/05
Datos de la Póliza Contratante No. Póliza Vigencia Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) AON RISK SOLUTIONS AGENTE DE SEGUROS Y 2001-2809582 2025/01/01 2016/07/25			
Asegurado Titular VALDEZ	RAMIREZ	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000716426-00
Teléfono			
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA SU INGRESO, ESTA CARTA SE CANCELA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
Clave del Padecimiento D25-9			
Fecha de Inicio 2020/12/01			
Clave Procedimiento			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA DR MARCO ANTONIO LÓPEZ SALAS CP 3872884			
58545 - 0- 0			
Causa del Rechazo	SI PROcede .		
Importes Autorizados		Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$230,644.18	
Honorarios Quirúrgicos		Código Tabulador	Negociación
01 TPD		SI	RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 3,439.46 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 acompañante, 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 DE ALTA HOSPITALRIA PROCEDE CON DEDUCIBLE \$3439.46 SIN COASEGURO NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
Lugar y Fecha	México D.F. a 18 de DICIEMBRE del 2025		
Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición			