


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250292124-09

Ultima 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 YOLANDA PATRICIA	Edad 38	Fecha de Nac. 1986/09/05	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante AON RISK SOLUTIONS AGENTE DE SEGUROS Y	No. Póliza 2001-2809582	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2016/07/25
Asegurado Titular VALDEZ RAMIREZ YOLANDA PATRICIA	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			Clave del Padecimiento D25-.9
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA SU INGRESO, ESTA CARTA SE			Fecha de Inicio 2020/12/01
CANCELA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			58545 - 0- 0
MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
DR MARCO ANTONIO LÓPEZ SALAS CP 3872884			
Causa del Rechazo SI PROCEDE .			
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios	\$230,644.18	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	Deducible \$ 3,439.46
		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			
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	
			
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico