



# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260200162-06

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/27
Nombre del paciente TORALES CHAVEZ	Edad 60	Fecha de Nac. 1964/07/12
		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>		
Contratante TOTAL BOX, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0461935	Vigencia 2025/02/01
Asegurado Titular TORALES CHAVEZ	Parentesco con el Titular ALFREDO TITULAR	Certificado 0000065017002-00
Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>		
<b>Diagnóstico</b> CARDIOPATIA ISQUEMICA		
ECOTT VENTRÍCULO IZQUIERDO DILATADO POR PROBABLE CARDIOPATIA ISQUEMICA		
LO QUE CONDICIONA DISFUNCIÓN SISTOLICA SEVERAMENTE DEPRIMIDA		
DEPRIMIDA (FRACCIÓN DE EYECCIÓN POR SIMPSON BIPLANAR DEL 16 %) Y		
DISTÓLICA TIPO II DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, CON ELEVACION DE LAS		
PRESIONES DE LLENADO.		
Clave del Padecimiento I42-9		
Fecha de Inicio 2025/12/27		
Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		
MEDICO	99221 - 0- 0	
JESUS ENRIQUE BARRIOS BAQUEIRO		
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .	
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$151,707.47	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
<b>Procede la Reclamación</b>		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>		
Deductible \$ 7,500.00		
Coaseguro 10 %		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>		
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.		
<b>IMPORTANTE:</b>		
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.		
<b>Observaciones</b>		
<b>CARTA DE ALTA HOSPITALARIA</b>		
PROCEDE CON DEDUCIBLE \$7,500 COASEGURO HOSPITALARIO 10% CON TOPE DE COASEGURO POR \$65,000. NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS. CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA		
<b>***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***</b>		
Lugar y Fecha Méjico 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