

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. **02260201820-04**

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/10
Nombre del paciente ALONSO SANCHEZ		Edad 36	Fecha de Nac. 1988/02/24
		Sexo Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante CONSUBANCO, S.A., INSTITUCION DE BANCA		No. Póliza 2001-1136396	Vigencia 2025/01/01
Asegurado Titular CASILLAS GARCIA		Parentesco con el Titular CONYUGE	
		Certificado 000000000627-01	
		Teléfono	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> PANCOLITIS AGUDA			
COLONOSCOPIA PANCOLITIS			
Clave del Padecimiento K52-9			
Fecha de Inicio 2026/01/10			
Clave Procedimiento			
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
MEDICO			
MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ <b>69,724.84</b>		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	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 \$ <b>8,721.02</b>			
Coaseguro %			
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos			
<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 \$6,878.92 SIN COASEGURO HOSPITALARIO. APLICA COASEGURO HM 1,842.1 REFLEJADO EN MONTO DE DEDUCIBLE TOPADO EN 25,300			
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA			
***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***			
Lugar y Fecha	México D.F. a 10 de ENERO del 2026		
		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