

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260201991-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/12	
Nombre del paciente BARRERA SORIANO ANITA	Edad 50	Fecha de Nac. 1974/07/13	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante MEXICHEM SOLUCIONES INTEGRALES, S.A. D	No. Póliza 2001-0559605	Vigencia 2025/06/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2019/06/01
Asegurado Titular MARTINEZ SOLIS CESAR PATRICIO	Parentesco con el Titular CONYUGE		Certificado 0000012109391-01
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico POLITRAUMATISMO/ESGUINCE ACROMIOCLAVICULAR IZQUIERDO			Clave del Padecimiento T00-8
PB ENCONDROMA 2260202100 EN FUTURAS RECLAMACIONES DEBERA PRESENTAR			Fecha de Inicio 2026/01/12
RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO			
****SINIESTROS COMPARTEN GASTOS****			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			20245 - 0- 0
MEDICO + BIOPSIA PERCUTANEA CON AGUJA JAMSHIDI DE TUMOR DE CABEZA			
HUMERAL IZQUIERDA 13/01/2026			
DR JORGE CARLOS PAZ SOSA TYO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 134,384.99	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
	Nombre del Médico		N
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Importes a cargo del Asegurado		Deducible \$ 5,434.35	
Coaseguro		%	
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos			
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. APLICA DEDUCIBLE DE \$5,434.35 POR SINIESTRO 2260202100, SIN COASEGUROS POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.			
<<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>			
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA			
Lugar y Fecha México D.F. a 12 de ENERO del 2026		Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición	
Gerente Pago Directo GMM		Recibe Médico	
Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital	