

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260202515-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES			Habitación 0012		Fecha de Ingreso 2026/01/15				
Nombre del paciente IBANEZ MARQUEZ MARIA DE LOURDES			Edad 20		Fecha de Nac. 2004/07/06		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza									
Contratante MERCK, S.A. DE C.V.			No. Póliza 2001-0755199		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) 2019/08/19		Código (Preexistencia)
Asegurado Titular MARQUEZ SANTIAGO AZUCENA			Parentesco con el Titular HIJO (A)		Certificado 000000M280283-03		Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Diagnóstico INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA								Clave del Padecimiento	
TAC TORAX								J96-0	
- NEUMONÍA DE ASPECTO ATÍPICO A NIVEL BASAL BILATERAL.								Fecha de Inicio	
PANEL PCR								2026/01/15	
METAPNEUMOVIRUS HUMANO DETECTADO									
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								99221 - 0- 0	
MEDICO HOSPITALARIO									
DR. DR ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO-M INTERNA-TTE-SE AJUSTA-CP 11320596									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01									
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación									
.01 TPD SI RED									
Nombre del Médico N									
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 5,793.00 JOSE A FERNANDEZ GARRIDO									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
Procede la Reclamación									
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Importes a cargo del Asegurado									
Deducible \$.00									
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									
DR. DR ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO-M INTERNA-TTE-SE AJUSTA-CP 11320596									
SE TABULA URG 15 Y VISITAS 16-17 ENERO 2026									
Lugar y Fecha México D.F. a 15 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									