

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02260202515-06

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/15	
Nombre del paciente IBANEZ MARQUEZ	Edad 20	Fecha de Nac. 2004/07/06	
MARQUEZ MARIA DE LOURDES	Sexo Femenino X	Masculino <input type="checkbox"/>	
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante MERCK, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0755199	Vigencia 2025/01/01	
Asegurado Titular MARQUEZ SANTIAGO	Parentesco con el Titular AZUCENA	Certificado HIJO (A) 000000M280283-03	
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA			
TAC TORAX			
- NEUMONÍA DE ASPECTO ATÍPICO A NIVEL BASAL BILATERAL.			
PANEL PCR			
METAPNEUMOVIRUS HUMANO DETECTADO			
Clave del Padecimiento J96-0			
Fecha de Inicio 2026/01/15			
Clave Procedimiento			
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
99221 - 0- 0			
MEDICO HOSPITALARIO			
DR. DR ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO-M INTERNA-TTE-SE AJUSTA-CP 11320596			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 101,254.29		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED	
Nombre del Médico N			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
<b>Procede la Reclamación</b>			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deducible \$ .00			
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>			
*****CARTA PARA HOSPITAL*****			
<b>PROCEDE PAGO DIRECTO//APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGUROS POR ENDOSO DE POLIZA /NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS A PADECIMIENTO.</b>			
<b>**LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA**</b>			
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	