



CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260600198-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización				
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/19		
Nombre del paciente MARTINEZ CEDILLO	Edad 66	Fecha de Nac. 1959/01/16		
BLANCA ESTELA	Sexo	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Datos de la Póliza				
Contratante BLANCA ESTELA MARTINEZ CEDILLO	No. Póliza 6001-1330277	Vigencia 2025/06/19	Fecha de Alta (afectado) 2000/03/01	Código (Preexistencia)
Asegurado Titular MARTINEZ CEDILLO	BLANCA ESTELA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000000001-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico				
DESGARRO DE SUPRAESPINOZO DE HOMBRO DERECHO				
M75.-9				
Fecha de Inicio 2026/01/02				
Clave Procedimiento				
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico				
29807 - 0- 0				
PLASTIA DE MUSCULO SUPRAESPINOZO + CONDOPLATIA + LESION DE HILLS				
SACHS POR VIA ARTROSCOPICA				
DR ENRIQUE HANFF LARA BARRAGAN				
Causa del Rechazo	SI PROcede .			
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 289,420.63			
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador <u>01 TPD</u>	Negociación <u>SI</u>	RED	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Médico <u>N</u>				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
\$ _____				
Importes a cargo del Asegurado				
Deductible \$ 4,703.70				
Coaseguro 10 %				
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				
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA A				
SIN DEDUCIBLE, COASEGURO HOSPITALARIO Y MEDICO 10% ESTE ULTIMO SE REFLEJADO EN EL RUBRO DEL DEDUCIBLE \$4,703.70 TOPE DE COASEGURO POR \$77,000.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 Méjico D.F. a 19 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