

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 02260203826-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/24	
Nombre del paciente GARCIA CONDE	YAIR NOE	Edad 30	Fecha de Nac. 1995/02/16
		Sexo Masculino	Femenino <input type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante HSBC MEXICO S.A., INSTITUCION DE BANCA	No. Póliza 2001-1230115	Vigencia 2026/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/08/09
Asegurado Titular GARCIA CONDE	YAIR NOE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000045405335-00
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>		Embarazo <input type="checkbox"/>	
<b>Diagnóstico</b> TRAUMATISMO DE RODILLA DERECHA/LESION LCA			Clave del Padecimiento S83-7
RX SIN TRAZOS DE FRACTURA			Fecha de Inicio 2026/01/24
RMN MENISCOPATIA			
LESION LIGAMENTARIA LCA, LCP			
DATOS DE SINOVITIS			
			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			99221 - 0- 0
***SE AUTORIZA TRATAMIENTO MEDICO,EN CASO DE REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ALGUNO,ESTE DEBERA SER CUBIERTO POR NUESTRO ASEGURADO***			
***EN CASO DE REQUERIR ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA PROGRAMADA Y SERA SOMETIDO A UN NUEVO DICTAMEN MEDICO***			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 37,838.14		<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ .00
	Nombre del Médico	RED	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 DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO			
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 24 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