

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	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/24	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
GARCIA CONDE YAIR NOE	30	1995/02/16	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
HSBC MEXICO S.A., INSTITUCION DE BANCA	2001-1230115	2026/01/01	2024/08/09
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GARCIA CONDE YAIR NOE	TITULAR	0000045405335-00	
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> TRAUMATISMO DE RODILLA DERECHA/LESION LCA			Clave del Padecimiento
RX SIN TRAZOS DE FRACTURA			S83-7
RMN MENISCOPATIA			Fecha de Inicio
LESION LIGAMENTARIA LCA, LCP			2026/01/24
DATOS DE SINOVISITIS			
			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>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador	Negociación	
	01 TPD	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 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