

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260203826-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/24	
Nombre del paciente GARCIA CONDE	Edad 30	Fecha de Nac. 1995/02/16	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
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
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico			
TRAUMATISMO DE RODILLA DERECHA/RUPTURA 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		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
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***			
ALBERTO CARLOS CERVANTES ORDÓÑEZ			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación	Procede la Reclamación <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	01 TPD	SI	
		RED	
	Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 5,793.00 CEOA820825075			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$.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			
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA			
ALBERTO CARLOS CERVANTES ORDÓÑEZ			
ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA			
Lugar y Fecha		Méjico D.F. a 24 de E N E R O 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	