CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260209799-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/31

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
RUIZ	TORRES	ALEJANDRA PAOLA	30	1994/06/14	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
DCG DELIVERY CENTER MEXICO, S. DE R.L.	2012-0559637	2025/05/31	2022/10/17	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RUIZ	TORRES	ALEJANDRA PAOLA	TITULAR	0000050722939-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico HEMORROIDES EXTERNAS E INTERNAS + FISURA ANAL

Clave del Padecimiento: I84-.1

Fecha de Inicio: 2026/01/31

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Clave Procedimiento: 46255 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

HEMORROIDECTOMIA + FISURA ANAL ANTERIOR | 31/01/2026|

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **59,105.53**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [S]

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **3,500.00**

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 PARA GASTOS DE HOSPITAL | PROCEDE PAGO
APLICA DEDUCIBLE DE $3,500.00, SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO.
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 31 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