

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260205217-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/03	
Nombre del paciente CANALES MEDINA ANGEL IVAN	Edad 21	Fecha de Nac. 2003/07/02	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante RESORT CONDOMINIUMS INTERNATIONAL DE M	No. Póliza 2012-0365644	Vigencia 2025/03/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/02/16
Asegurado Titular CANALES MEDINA ANGEL IVAN	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000034638-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ESOFAGITIS, HERNIA HIATAL	Clave del Padecimiento K20-2		
	Fecha de Inicio 2026/02/03		
CARTA QUE CANCELA Y SUSTITUYE MOV.02, EL CUAL QUEDA, NULA Y SIN VALOR			
ALGUNO	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico	43239 - 0- 0		
TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO			
PANENDOSCOPIA 03.02.2026			
DR. RAMON OLAVIDE AGUILAR, GASTROENTEROLOGO,			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 55,935.01	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00		
Nombre del Médico N	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 HOSPITAL PROCEDE SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO, POR ENDOSO CONTRATADO NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO. TOPE COASEGURO 50,000.00 CON ESTA CARTA CIERRA CUENTA HOSPITALARIA Y SE BRINDA ALTA. LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA		
Lugar y Fecha México D.F. a 03 de FEBRERO 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