CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02240216551-16** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2024/10/01

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ROMERO	GALICIA	FELIPE DE JESUS	35	1988/08/28	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
BRITISH AMERICAN TOBACCO MEXICO COMERC	2001-0931663	2024/01/01	2021/07/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ROMERO	GALICIA	FELIPE DE JESUS	TITULAR	0000010049369-00	

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

Diagnóstico FÍSTULA ANAL | PO FISTULECTOMIA TUNELIZADA + CONGAJO ENDOANAL (OCT/24)

- PA: FÍSTULA ANAL COMPLEJA

Clave del Padecimiento: K61-.0

Fecha de Inicio: 2024/03/19

Clave Procedimiento: 46288 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA | COLONOSCOPIA: 04/02/2026

DR. MIGUEL ANGEL HURTADO REYNOSO | IC | CER. 381 (COLONOS)

DR. RAMÓN OLAVIDE AGUILAR | TTE | CER. 2666 (ENDOS)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **199,535.58**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [N]

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.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.NO CAPLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO

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 01 de OCTUBRE del 2024

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