

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260208236-07

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/27	
Nombre del paciente ALONSO SANCHEZ EDUARDO OLIVER	Edad 36	Fecha de Nac. 1988/02/24	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante CONSUBANCO, S.A., INSTITUCION DE BANCA	No. Póliza 2001-1136396	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/12/10
Asegurado Titular CASILLAS GARCIA MARIANA	Parentesco con el Titular CONYUGE	Certificado 000000000627-01	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b> COLECISTITIS CRONICA	Clave del Padecimiento K81-1		
***ESTA CARTA SUSTITUYE EL MOV.06, EL CUAL QUEDA ANULADO***	Fecha de Inicio 2026/01/10		
	Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>	47562 - 0- 0		
LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA - COLECISTECTOMÍA			
MT.DR.MARIO ALBERTO VELÁZQUEZ SANTIAGO - CG			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b> Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ <b>147,934.44</b>	<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ <b>10,967.02</b>		
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N	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.		
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Observaciones	CARTA POR GASTOS HOSPITALARIOS PROCEDE CON DEDUCIBLE DE \$6,878.92, APLICA COASEGURO MÉDICO DE \$4,088. 10 (REFLEJADO EN DEDUCIBLE) CON TOPE DE \$25,300.00 MÉDICO NO ES DE RED, SE AJUSTA A TABULADOR, HM CUBIERTOS EN MOV.05 NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, NI LOS NO RELACIONADOS. ***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA HOSPITALARIA***		
Lugar y Fecha México D.F. a 27 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