

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260208043-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/20	
Nombre del paciente CABRERA MARTINEZ ALEJANDRO SALVADOR	Edad 31	Fecha de Nac. 1994/03/28	Sexo 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) 2020/04/01
Asegurado Titular VARELA CORTES NOEMI KARINA	Parentesco con el Titular CONYUGE	Certificado 0000045052266-01	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico CAIDA DE ESCALERAS ESGUINCE LUMBAR Y TOBILLO FRACTURA COSTAL	Clave del Padecimiento T07-		Fecha de Inicio 2026/02/20
Clave Procedimiento			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico MEDICO HOSPITALARIO		99221 - 0- 0	
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 32,192.70	Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador <u>01 TPD</u> Negociación <u>SI</u> RED <u>N</u> Nombre del Médico		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ <u>.00</u> 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 PROCEDE PAGO DIRECTO SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO NO SE CUBREN GASTOS EP PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS **CARTA CIERRA CUENTA ALTA KENIA PAOLA SANDOVAL FRIAS ATENCION A EL ALTA <<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>			
Lugar y Fecha México D.F. a 20 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