

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260208043-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	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 \$.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		
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 3,458.00	Nombre del Médico	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos	
\$	SAFK950101FF2	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 TABULACION DE HONORARIOS KENIA PAOLA SANDOVAL FRIAS ATENCION A EL ALTA			
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