

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 02260208471-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2026/02/24	
Nombre del paciente GALLEGOS POPOCA IAN CALEB	Edad 10	Fecha de Nac. 2015/11/20	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante DHL CORPORATE SERVICES SC MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1621961	Vigencia 2025/12/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2023/12/13
Asegurado Titular POPOCA SAUCEDO ANA VICTORIA	Parentesco con el Titular HIJO (A)	Certificado 0000000047802-01	Teléfono 5548395558
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b> FIMOSIS	<b>Clave del Padecimiento</b> N47-0		
	<b>Fecha de Inicio</b> 2026/01/11		
	<b>Clave Procedimiento</b>		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b> CIRCUNCISIÓN	54152 - 0- 0		
	DR.HERIBERTO CASTAÑEDA SANCHEZ (UROLOGIA) CP.8226432		
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b> Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01	<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 \$ .00		
<b>HONORARIOS DE CIRUJANO</b> \$ 8,815.00 CASH810726UM9	Coaseguro %		
<b>HONORARIOS DE ANESTESISTA</b> \$ 2,645.00	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.		
<b>Observaciones</b> CARTA VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS ELABORADA EL 24/02/2026 /VALIDA DURANTE 30 DIAS NATURALES ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS ** PARA TABULAR AL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, FAVOR DE INGRESAR NOMBRE Y RFC **			
Lugar y Fecha México D.F. a 24 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