

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260208471-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/25	
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 000000047802-01	Teléfono 5548395558
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico FIMOSIS	Clave del Padecimiento N47-0		
	Fecha de Inicio 2026/01/11		
	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico	54152 - 0- 0		
CIRCUNCISION			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 65,356.44		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 4,139.22
	Nombre del Médico	RED	Coaseguro 5 %
	\$	S	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	<p>PROCEDE PAGO DIRECTO. POR ENDOSO DE LA POLIZA APLICA CON DEDUCIBLE DE \$ 3,566.22 COASEGURO DE HOSPITAL 5%, COASEGURO DE HONORARIOS MEDICOS \$ 573</p> <p>ESTE MOVIMIENTO CANCELA Y SUSTITUYE NO. CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA</p> <p>EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO</p> <p>Lugar y Fecha México D.F. a 25 de FEBRERO del 2026</p> <p>Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición</p>		
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico