

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260218467-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/28	
Nombre del paciente CONTRERAS PENA RN	Edad 30	Fecha de Nac. 1994/07/14	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante IBM DE MEXICO, COMERCIALIZACION Y SERV	No. Póliza 2001-1034485	Vigencia 2025/05/02	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2020/10/15
Asegurado Titular ARAGON CASTILLO JORGE ALBERTO	Parentesco con el Titular CONYUGE	Certificado 0000001629781-01	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> RECIEN NACIDO SANO	<b>Clave del Padecimiento</b> Z37-0		<b>Fecha de Inicio</b> 2026/02/28
	<b>Clave Procedimiento</b>		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b> MEDICO	99432 - 0- 0		
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 9,775.27		<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ .00
	Nombre del Médico	RED	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.
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
<b>Observaciones</b>	CARTA DE ALTA HOSPITALARIA PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA ***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***		
Lugar y Fecha	México D.F. a 28 de FEBRERO del 2026		Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición
Gerente Pago Directo	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico