

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260217595-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/25	
Nombre del paciente AGUILAR JUAREZ MIGUEL ANGEL	Edad 49	Fecha de Nac. 1976/07/23	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante COMERCIALIZADORA PEPSICO MEXICO, S. DE	No. Póliza 2001-0463785	Vigencia 2026/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2020/01/17
Asegurado Titular AGUILAR JUAREZ MIGUEL ANGEL	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000080231155-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico DISCINESIA VESICULAR	Clave del Padecimiento K87-0		Fecha de Inicio 2026/02/25
	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico	99221 - 0- 0		
MÉDICO HOSPITALARIO			
MT.DR.ANTONIO FERNANDEZ VALIÑAS - MI			
DRA DIANA JENIFER MONTES GUTIERREZ			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 212,912.94		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 \$ 15,288.66
	Nombre del Médico	RED	Coaseguro 10 %
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gastos no cubiertos por la póliza:
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IMPORTANTE:
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Observaciones	PROCEDE PAGO DIRECTO CON DEDUCIBLE CON COASEGURO HOSPITALARIO Y MEDICO DEL 10% (ESTE ULTIMO REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE) TOPE COASEGURO 26,746 NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS *** CARTA CIERRA CUENTA ALTA **		
	*** LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA ***		
Lugar y Fecha	México D.F. a 25 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