

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260207639-12

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/03/05	
Nombre del paciente GARCIA TORRES MARIA MARCELA	Edad 50	Fecha de Nac. 1975/10/01	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input 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) 2022/07/22
Asegurado Titular GARCIA TORRES MARIA MARCELA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000045275070-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico MIOMATOSIS	Clave del Padecimiento D25-.9		Fecha de Inicio 2026/01/24
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		Clave Procedimiento 58550 - 0- 0	
HISTERECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA VAGINAL			
MT.DR.ANGEL ANTONIO LICONA VAZQUEZ - G&O			
Causa del Rechazo		SI PROCEDE <input type="checkbox"/>	
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 262,742.12		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 \$.00
	Nombre del Médico	RED	Coaseguro %
\$			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			
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA			
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 05 de MARZO 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