CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260207639-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/02/23

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GARCIA	TORRES	MARIA MARCELA	50	1975/10/01	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
HSBC MEXICO S.A., INSTITUCION DE BANCA	2001-1230115	2026/01/01	2022/07/22	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GARCIA	TORRES	MARIA MARCELA	TITULAR	0000045275070-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico MIOMATOSIS

Clave del Padecimiento: D25-.9

Fecha de Inicio: 2026/01/24

Clave Procedimiento: 58550 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

HISTERECTOMITA POR VIA LAPAROSCOPICA ASISTIDA VAGINAL

DR. LICONA VAZQUEZ ANGEL ANTONIO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

		Nombre del Médico [S]
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **24,063.00**	LIVA8011273P8
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **7,219.00**	ANESTESIOLOGO
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **4,813.00**	1ER AYUDANTE
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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 PARA TABULACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS
ELABORADA 23/03/2026, CARTA VÁLIDA POR 30 DÍAS.

Lugar y Fecha México D.F. a 23 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