CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260225377-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/21

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ISLAS	DE LA CRUZ	CYNTHIA ITZEL	26	1999/04/12	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	2024/01/19	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ISLAS	DE LA CRUZ	CYNTHIA ITZEL	TITULAR	0000045371313-00	

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

Diagnóstico REPORTADO COMO CONTUSION DE TOBILLO

RX SIN DATOS DE LESION OSEA

RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO

DATOS DE LESION LIGAMENTO COLATERAL LATERAL, PERONEO ASTRAGALINO

ANTERIOR, CALCANEO PERONEO

Clave del Padecimiento: S90-.0

Fecha de Inicio: 2026/03/21

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO

ALLAN ARAIZA CONTRERAS ORTOPEDIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **43,254.02**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [N]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

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 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 21 de M A R Z O 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