

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260602257-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/03/21			
Nombre del paciente LEON TORRES	JARNO ADRIK	Edad 18	Fecha de Nac. 2007/09/03	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza					
Contratante KEMISH LEON TENORIO	No. Póliza 6001-1393525	Vigencia 2026/01/26	Fecha de Alta (afectado) 2022/01/26	Código (Preexistencia)	
Asegurado Titular LEON TENORIO	KEMISH	Parentesco con el Titular HIJO (A)	Certificado 0000000000001-01	Teléfono	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico				Clave del Padecimiento	
GPEI				A04-0	
PANEL MOLECULAR GASTROINTESTINAL				Fecha de Inicio	
E. COLI ENTEROPATOGÉNICA (EPEC) DETECTADO *				2026/03/21	
NOROVIRUS DETECTADO					
				Clave Procedimiento	
				99221 - 0- 0	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico					
MÉDICO					
MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO					
Causa del Rechazo SI PROCEDE					
Importes Autorizados			Procede la Reclamación		
Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 71,080.94			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos			Importes a cargo del Asegurado		
Código Tabulador	Negociación	RED	Deducible \$ 42,579.30		
01 TPD	SI	N	Coaseguro 10 %		
Nombre del Médico			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.		
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
Observaciones					
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA					
APLICA DEDUCIBLE \$42,000 COASEGURO HOSPITALARIO Y MEDICO 10% TOPADO EN \$77,000.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 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		Recibe Médico	