

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260226182-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/03/29	
Nombre del paciente LOPEZ VELAZQUEZ NOE EMANUEL	Edad 27	Fecha de Nac. 1998/02/18	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante IBM DE MEXICO, COMERCIALIZACION Y SERV	No. Póliza 2001-1034485	Vigencia 2025/05/02	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/11/08
Asegurado Titular LOPEZ VELAZQUEZ NOE EMANUEL	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000106478781-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico DESGARRO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR + REPARACIÓN MENISCAL DE RODILLA IZQUIERDA	Clave del Padecimiento M23-8		Fecha de Inicio 2026/02/28
.+.+. ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE AL MOVIMIENTO 2 .+.+.			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico ARTROSCOPIA + REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO DE CADAVER + REPARACIÓN MENISCAL DE RODILLA IZQUIERDA			29888 - 0- 0
DR. ALBERTO CARLOS CERVANTES ORDÓÑEZ TTE CER. 15/1687/25 (GYO)			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 620,401.69	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00		
Nombre del Médico S	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 PROCEDE. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. >>> CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA <<< .+.+. LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA .+.+. .+.+. EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO .+.+.			
Lugar y Fecha México D.F. a 29 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