

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250277448-15

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0010	Fecha de Ingreso 2026/02/26	
Nombre del paciente PALMA CONTRERAS SARAI	Edad 42	Fecha de Nac. 1982/12/06	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante GRUPO COMEX, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-0269754	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2015/07/24
Asegurado Titular PALMA CONTRERAS SARAI	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000285101-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ENFERMEDAD RENAL CRONICA KDIGO V+SINDROME UREMICO *SP 2025 00008992			Clave del Padecimiento R68-8
HAS 2021 ERC 2021 SIN TERAPIA DE SUSTITUCIO RENAL ANEMIA SECUNDARIA			Fecha de Inicio 2025/09/16
A ERC.ACIDOSIS METABOLICA ANEMIA SECUNDARIA A ERC			
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE A SU INGRESO			
ESTA CARTA SE ANULA SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			90935 - 0- 0
HEMODIALISIS			
MES: MARZO 2026			
SESIONES: 03,05,07,10,12,14,17,19,21,24,26,28 Y 31			
LABS: BIOMETRIA HEMATICA + OS 50 ELEMENTOS			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 65,717.78		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 <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	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 VÁLIDA PARA HEMODIALISIS NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO. SE AUTORIZA DE ACUERDO CON PRESUPUESTO ANEXO EL CUAL INCLUYE IVA.		
ELABORADA 26/02/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
Lugar y Fecha	México D.F. a 26 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