CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260228803-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/03/31

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
PANIAGUA	SANCHEZ	RODRIGO	33	1992/02/23	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

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	2021/03/02	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
PANIAGUA	SANCHEZ	RODRIGO	TITULAR	0000043898400-00	

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

Diagnóstico TRAUMA CERRADO DE TÓRAX.

Clave del Padecimiento: S20-.8

Fecha de Inicio: 2026/03/31

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICA.

DRA. KENIA PAOLA SANDOVAL FRIAS | TTE | CER. 15/7339/24 (TYO)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

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

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD | Negociación: NO | RED

		Nombre del Médico [N]
VISITAS MEDICAS 1	$ **2,428.00**	SAFK950101EF2
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	$ **1,729.00**	SAFK950101EF2
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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

PROCEDE CARTAS DE HONORARIOS MEDICOS:
DRA. KENIA PAOLA SANDOVAL FRIAS | TTE | CER. 15/7339/24 (TYO)/TTE
URG: 31/03/2026 VISITA 01/04/2026

Lugar y Fecha México D.F. a 31 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