CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260229164-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/04/02

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LOPEZ	RAMIREZ	ALEJANDRA CAROLINA	27	1998/02/12	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
KRONES MEX, S.A. DE C.V.	2001-0934845	2025/05/18	2022/08/29	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LOPEZ	RAMIREZ	ALEJANDRA CAROLINA	TITULAR	0000001015527-00	

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

Diagnóstico POLICONTUNDIDO SECUNDARIO A CAÍDA DE LA BICICLETA

IRM DE COLUMNA CERVICAL, FASE SIMPLE

RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS CERVICAL ACOMPAÑADA DE UNA CURVA VERTEBRAL LATERAL CON ACTITUD IZQUIERDA CON VERTICE EN C6

RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS CERVICAL ACOMPAÑADA DE UNA CURVA VERTEBRA LATERAL CON ACTITUD IZQUIERDA CON VERTICE EN C6

Clave del Padecimiento: T00-.9

Fecha de Inicio: 2026/04/02

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SE AUTORIZA TRATAMIENTO MEDICO EN LO AGUDOEN CASO DE REALIZAR ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE QUEDARA A CARGO DE NUESTRO ASEGURADO;ESTUDIO CON DATOS DE CRONICIDAD***EN CASO DE REQUERIR ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA PROGRAMADA,Y SERA SOMETIDO A UN NUEVO DICTAMEN MEDICO***

DR. YAIR OSVALDO CASTAÑEDA SOLANO | TTE | CER. 1/7904/25 (TYO)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **74,494.52**

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 $ **3,566.22**

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 CON DEDUCIBLE $3566.22 SIN COASEGURO POR ENDOSO

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 02 de A B R I L 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