

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 02260900320-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/04/10	
Nombre del paciente MORA JIMENEZ JAQUELINE CAROL	Edad 41	Fecha de Nac. 1983/11/11	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIV	No. Póliza 9001-0200916	Vigencia 2025/07/02	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2018/10/17
Asegurado Titular MORA JIMENEZ JAQUELINE CAROL	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000335457-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> APENDICITIS	Clave del Padecimiento		K35-9
TAC ABDOMEN	Fecha de Inicio		2026/04/10
APENDICTIS	Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>	99221 - 0- 0		
APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA			
DR LIMON AGUILAR JOSE LUIS			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 188,053.14		<b>Procede la Reclamación</b>
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	RED	Nombre del Médico	<b>Importes a cargo del Asegurado</b>
	\$	N	Deducible \$ 16,511.59
	\$		Coaseguro %
	\$		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.
	\$		
<b>Observaciones</b>	CARTA DE ALTA HOSPITALARIA		
	PROCEDE CON DEDUCIBLE \$16,511.59 SIN COASEGURO POR CONDICIONES DE		
	POLIZA.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 10 de ABRIL 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