

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250254317-03

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/02	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
QUEZADA GARCIA GEOVANNI	27	1997/06/19	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
TARJETAS BANAMEX, S.A. DE C.V. SOFOM E	2001-0559677	2025/01/01	2021/05/13
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
QUEZADA GARCIA GEOVANNI	TITULAR	0001011191492-00	
Causa del Internamiento	Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> LUMBALGIA POSTRAUMATICA			<b>Clave del Padecimiento</b>
			M54-5
++++SE DA COBERTURA PARA EVENTO EN AGUDO DE PADECIMIENTO RECLAMADO,			<b>Fecha de Inicio</b>
EN CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO INGRESAR TRAMITE VIA PROGRAMACION			2025/12/02
PARA SU DICTAMEN++++			
			<b>Clave Procedimiento</b>
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			99221 - 0- 0
MEDICO HOSPITALARIO			
**SE CUBRE ATENCION INICIAL COMO ACCIDENTE, ESTUDIO DE IMAGEN			
EVIDENCIA DATOS DE CRONICIDAD, EN FUTURAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARA			
APERTURA DE NUEVO SINIESTRO Y MANEJO COMO ENFERMEDAD**			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 42,886.37			
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación			
01 TPD SI RED			
Nombre del Médico S			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deducible \$ .00			
Coaseguro %			
<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 PARA GASTOS DE HOSPITAL   PROCEDE PAGO			
APLICA SIN DEDUCIBLE , SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO.			
***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA***			
Lugar y Fecha México D.F. a 02 de DICIEMBRE del 2025		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