

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250608525-07

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/03	
Nombre del paciente AVILA FLORES ANA LESLIE	Edad 34	Fecha de Nac. 1991/05/20	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante ANA LESLIE AVILA FLORES	No. Póliza 6001-1322670	Vigencia 2025/05/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/05/31
Asegurado Titular AVILA FLORES ANA LESLIE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 00000000000001-00	Teléfono 5569674619
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b> ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA Y EXTERNA		Clave del Padecimiento 184- 2	
*ESTA CARTA SUSTITUYE MOVIMIENTO 01. EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR*		Fecha de Inicio 2025/04/01	
*PARA HACER VALIDA ESTA CARTA ES INDISPENSABLE ENVIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRECTAMENTE REQUISITADO AL INGRESO HOSPITALARIO (FECHA DE ELABORACIÓN A PUÑO Y LETRA COMO SE INDICA EN FORMATO)*		Clave Procedimiento	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		46255 - 0- 0	
HEMORROIDECTOMIA INTERNA Y EXTERNA DE 3 PAQUETES			
GUILLERMO COLIN ROJAS 10974898			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$121,625.29	<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ 39,000.00 Coaseguro 10 %		
Nombre del Médico S	<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			
APLICA DEDUCIBLE CONTRATADO (\$39,000.00) COASEGURO HOSPITALARIO 10%			
NO APLICA COASEGURO MEDICO//TOPE DE COASEGURO \$77,000.			
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA			
Lugar y Fecha México D.F. a 03 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