

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250255238-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso			
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/07			
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	
GUTIERREZ ROJAS NESTOR ALFREDO	36	1988/05/08	Masculino		<input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza					
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)	
BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	2001-1033582	2025/01/01	2019/02/25		
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono		
GUTIERREZ ROJAS NESTOR ALFREDO	TITULAR	0001010389393-00			
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico: LUXACION DE CODO				Clave del Padecimiento	
				S50-0	
				Fecha de Inicio	
				2025/12/07	
				Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico				99221 - 0- 0	
MEDICO INTRAHOSPITALARIO					
DR. CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA					
Causa del Rechazo	SI PROCEDE				
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 38,347.63					
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación					
01 TPD SI RED					
Nombre del Médico N					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
Procede la Reclamación					
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Importes a cargo del Asegurado					
Deducible \$.00					
Coaseguro %					
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 SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA.					
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.					
Lugar y Fecha México D.F. a 07 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					