

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250254108-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/01		
Nombre del paciente AGUILAR LOPEZ FLOR IRENE		Edad 26	Fecha de Nac. 1999/04/30	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza					
Contratante HIRERIGHT MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.		No. Póliza 2001-0463491	Vigencia 2025/09/01	Fecha de Alta (afectado) 2025/03/31	Código (Preexistencia)
Asegurado Titular AGUILAR LOPEZ FLOR IRENE		Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000270312-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>					
Diagnóstico COLECISTITIS LITIASICA AGUDA					Clave del Padecimiento K80-1
					Fecha de Inicio 2025/12/01
					Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico					47562 - 0- 0
LAPAROSCOPIA QUIRURGICA PARA COLECISTECTOMIA					
DR. MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO TTE C.P. 11580016 (CXG)					
Causa del Rechazo SI PROCEDE					
Importes Autorizados		Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$130,278.91			Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 6,878.92 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.
Honorarios Quirúrgicos		Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED	
		Nombre del Médico N			
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
Observaciones					
PROCEDE. APLICA DEDUCIBLE DE \$6,878.92 SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.					
<<<<< CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA >>>>>					
Lugar y Fecha México D.F. a 01 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	