

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250254108-03

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0011		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"/>	
<b>Datos de la Póliza</b>									
Contratante HIRERIGHT MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.				No. Póliza 2001-0463491		Vigencia 2025/09/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/03/31	
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"/>									
<b>Diagnóstico</b> COLECISTITIS LITIASICA AGUDA								<b>Clave del Padecimiento</b>	
								K80-1	
								<b>Fecha de Inicio</b>	
								2025/12/01	
								<b>Clave Procedimiento</b>	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>								47562 - 0- 0	
LAPAROSCOPIA QUIRURGICA PARA COLECISTECTOMIA									
DRA. YURIDIA VELÁZQUEZ SANTIAGO   IC   CER. 06388-21 (MI)									
DR. MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO   TTE   C.P. 11580016 (CXG)									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
<b>Importes Autorizados</b>				Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01					
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>				Código Tabulador 01 TPD		Negociación SI		RED	
				Nombre del Médico		N			
HONORARIOS DE CIRUJANO				\$ 25,551.00		VESM870608ON6			
HONORARIOS DE ANESTESISTA				\$ 7,665.00		ZEAC850429CH4			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE				\$ 5,110.00		AULA880524BR8			
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE				\$ 2,555.00		VAZQUEZ MARTINEZ JOSE OSC			
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO				\$ 2,335.00		VESM870608ON6			
				\$					
				\$					
				\$					
				\$					
<b>Procede la Reclamación</b> 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 HONORARIOS MEDICOS									
DR. MARIO A. VELAZQUEZ SANTIAGO   TTE   CXG   URG: 01/12/25									
CX: 01/12/25									
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			