

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250285510-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/02	
Nombre del paciente RODRIGUEZ CANCHOLA DIEGO ZURIEL	Edad 27	Fecha de Nac. 1997/09/20	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante DHL CORPORATE SERVICES SC MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1521961	Vigencia 2024/12/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/03/31
Asegurado Titular RODRIGUEZ CANCHOLA DIEGO ZURIEL	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000083699-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA Y EXTERNA GRADO III		Clave del Padecimiento I84-1	
		Fecha de Inicio 2025/10/12	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		46255 - 0- 0	
HEMORROIDECTOMIA PLEXOS INTERNOS Y EXTERNOS			
DR. CASTILLO OLIVERA RODRIGO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 41,874.52	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 1,487.00 Coaseguro 5 %		
Nombre del Médico S	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 VALIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS. SIN APLICACION DE DEDUCIBLE			
APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 5%, COASEGURO MEDICO 5% (\$1,487.00),			
REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE. TOPE DE COASEGURO \$23,398.85			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
* 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