

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250257267-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/15	
Nombre del paciente ENRIQUEZ ZEPEDA MARIELA MONSERRAT	Edad 29	Fecha de Nac. 1995/05/24	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante TARJETAS BANAMEX, S.A. DE C.V. SOFOM E	No. Póliza 2001-0559677	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2023/04/17
Asegurado Titular ENRIQUEZ ZEPEDA MARIELA MONSERRAT	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0001011449246-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ESTADO MIGRAÑOSO		Clave del Padecimiento G44-8	
RMN HIPERINTENSIDADES PUNTIFORMES EN SUSTANCIA BLANCA PROFUNDA		Fecha de Inicio 2025/12/15	
SUBCORTICAL EN AMBOS LÓBULOS FRONTALES QUE NO			
RESTRINGE LAS SECUENCIAS DE DIFUSIÓN/MAPA DE ADC.			
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		99221 - 0- 0	
MEDICO			
TANIA GABRIELA HERNÁNDEZ MOJICA NEUROLOGA			
CP 14482693			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 42,222.27	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 \$ 3,439.46 Coaseguro %		
Nombre del Médico N	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 HOSPITALARIA PROCEDE CON DEDUCIBLE \$3439.46,SIN COASEGURO POR ACUDIR A HOSPITAL DE MENOR GAMA HOSPITALARIA.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.			
* CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA HOSPITALARIA **			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
Lugar y Fecha	México D.F. a 15 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