

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250220080-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0005		Fecha de Ingreso 2025/12/17			
Nombre del paciente VALDIVIA PERRUSQUIA ANA MARCIE				Edad 31		Fecha de Nac. 1993/06/15		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza									
Contratante HSBC MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANC				No. Póliza 2001-1130115		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/01/29	
Asegurado Titular VALDIVIA PERRUSQUIA ANA MARCIE				Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000045030373-00		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Diagnóstico TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES								Clave del Padecimiento	
[TI-RADS 5]								D44-0	
								Fecha de Inicio	
								2024/12/15	
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA									
*EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO									
CON IVA INCLUIDO*								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								60220 - 0- 0	
HEMIRROIDECTOMIA DERECHA + ISTOECTMOIA CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO									
JORGE ARMANDO RODRIGUEZ PULIDO 14127532									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
Importes Autorizados				Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$484,537.82				Procede la Reclamación	
Honorarios Quirúrgicos				Código Tabulador Negociación				Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
				01 TPD SI RED				Importes a cargo del Asegurado	
				Nombre del Médico N				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									
CUBRE ATENCIÓN HOSPITALARIA, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS.									
APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO HOSPITALARIO									
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.									
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.03									
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA									
Lugar y Fecha México D.F. a 17 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	