

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 03250204660-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/11	
Nombre del paciente HUERTA RAMIREZ ANA ELENA	Edad 48	Fecha de Nac. 1976/11/15	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante SULZER PUMPS MEXICO, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-0267958	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/08/12
Asegurado Titular HUERTA RAMIREZ ANA ELENA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000003420-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA Y POLIPO ENDOMETRIAL			Clave del Padecimiento N84-0
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			Fecha de Inicio 2025/11/25
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			58558 - 0- 0
POLIPECTOMIA HISTEROSCOPICA			
DR.FRAGOSO HERNANDEZ MARIO ALBERTO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$110,940.42	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 \$.00 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 DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO/NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.			
Lugar y Fecha México D.F. a 11 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