

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250259661-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/19	
Nombre del paciente PEREZ ALVAREZ MANUEL JERONIMO	Edad 12	Fecha de Nac. 2012/12/05	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante KUEHNE + NAGEL, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-0071794	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2017/01/01
Asegurado Titular ALVAREZ RAMIREZ HILARY SUSANA	Parentesco con el Titular HIJO (A)	Certificado 0000110000063-01	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico HIPERTROFIA ADENOAMIGDALINA DIAGNOSTICO CLINICO	Clave del Padecimiento J35-.1		
	Fecha de Inicio 2025/11/02		
	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico ADENOAMIGDALECTOMIA	42821 - 0- 0		
Causa del Rechazo SI PROCEDE .			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 71,869.90	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 \$ 10,937.48 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			
APLICA CON DEDUCIBLE \$10,937.48/SIN COASEGURO HOSPITALARIO/SIN			
COASEGURO MEDICO SIN TOPE DE COASEGURO			
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS. CON ESTA CARTA S			
SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA			
*** LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA ***			
Lugar y Fecha México D.F. a 19 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

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250259661-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0130		Fecha de Ingreso 2025/12/19			
Nombre del paciente PEREZ ALVAREZ MANUEL JERONIMO				Edad 12		Fecha de Nac. 2012/12/05		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza									
Contratante KUEHNE + NAGEL, S.A. DE C.V.				No. Póliza 2012-0071794		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2017/01/01	
Asegurado Titular ALVAREZ RAMIREZ HILARY SUSANA				Parentesco con el Titular HIJO (A)		Certificado 0000110000063-01		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Diagnóstico HIPERTROFIA ADENOAMIGDALINA								Clave del Padecimiento	
DIAGNOSTICO CLINICO								J35-.1	
								Fecha de Inicio	
								2025/11/02	
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								42821 - 0- 0	
ADENOAMIGDALECTOMIA									
Causa del Rechazo SI PROCEDE .									
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01				Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Importes a cargo del Asegurado 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.					
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación .01 TPD SI RED									
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 18,609.00				Nombre del Médico N					
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 5,583.00				ANESTESIOLOGO					
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 3,722.00				PRIMER AYUDANTE					
Observaciones									
CARTA VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS									
ELABORADA 19/12/2025 CARTA VALIDA AL 01/01/2026									
ESTA CARTA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS Y ENMENDADURAS									
DR. RAÚL GERARDO BARRIOS MÁRQUEZ									
Lugar y Fecha México D.F. a 19 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		

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA410

Episodio:1501268761

Paciente: MANUEL JERONIMO PEREZ ALVAREZ

Fecha de Ingreso: 29.12.2025

Hora de Ingreso: 08:15:00

Fecha de Egreso : 30.12.2025

Hora de Egreso : 10:13:00

Página: 1 de 2

Fecha: 30.12.2025 Hora: 12:25:38

Compañía: Paciente particular

Médico: RAUL GERARDO BARRIOS MARQUEZ

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
29.12.2025	ADM-100043	USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	1	90.71	0.00	90.71	14.51	105.22	105.22	14:04	HALUGO
29.12.2025	1000015834	OMEPRAZOL SOL INY FCO AMP 40MG/10ML	1	393.12	0.00	393.12	62.90	456.02	561.24	15:14	HALUGO
29.12.2025	2000040722	SABANA TERMICA AD SW2001 5030810 C25	1	544.89	0.00	544.89	87.18	632.07	1,193.31	15:14	HALUGO
30.12.2025	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	1	7.23	0.00	7.23	1.16	8.39	1,201.70	08:27	SOAPUSER
30.12.2025	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	9,428.86	0.00	9,428.86	1,508.62	10,937.48	12,139.18	12:24	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	1,035.95
Descuentos:	0.00
Sub-total:	1,035.95
IVA(16,00%):	1,674.37
Total de Cargos:	2,710.32
Deducible:	9,428.86
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	12,139.18

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA410

Episodio:1501268761

Paciente: MANUEL JERONIMO PEREZ ALVAREZ

Fecha de Ingreso: 29.12.2025

Hora de Ingreso: 08:15:00

Fecha de Egreso : 30.12.2025

Hora de Egreso : 10:13:00

Página: 4 de 4

Fecha: 30.12.2025 Hora: 12:32:27

Compañía: METLIFE MEXICO

Médico: RAUL GERARDO BARRIOS MARQUEZ

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	4,650.73
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	6,668.78
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	359.53
CARGOS CIRUGÍA	25,340.12
CARGOS INSUMOS	18,158.63
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	3,224.67
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	3,554.33
DEDUCIBLES	9,428.86-
DESCUENTO ADMISIÓN	744.12-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	1,067.01-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	57.52-
DESCUENTO CIRUGÍA	4,054.42-
DESCUENTO INSUMOS	2,905.36-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	515.94-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	568.70-

Importe:	61,956.79
Descuentos:	9,913.07-
Sub-total:	52,043.72
IVA(16,00%) :	6,818.38
Total de Cargos:	58,862.10
Deducible:	9,428.86-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	49,433.24