

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01260200162-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/27	
Nombre del paciente TORALES CHAVEZ ALFREDO	Edad 60	Fecha de Nac. 1964/07/12	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante TOTAL BOX, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0461935	Vigencia 2025/02/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2017/06/20
Asegurado Titular TORALES CHAVEZ ALFREDO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000065017002-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico CARDIOPATIA ISQUEMICA		Clave del Padecimiento I42-9	
ECOTT VENTRÍCULO IZQUIERDO DILATADO POR PROBABLE CARDIOPATÍA ISQUEMICA		Fecha de Inicio 2025/12/27	
LO QUE CONDICIONA DISFUNCIÓN SISTOLICA SEVERAMENTE DEPRIMIDA			
DEPRIMIDA (FRACCIÓN DE EYECCIÓN POR SIMPSON BIPLANAR DEL 16 %) Y			
DISTÓLICA TIPO II DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO,CON ELEVACION DE LAS			
PRESIONES DE LLENADO.		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		99221 - 0- 0	
MEDICO			
JESUS ENRIQUE BARRIOS BAQUEIRO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE .			
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$151,707.47		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado
		RED	Deducible \$ 7,500.00
	Nombre del Médico	N	Coaseguro 10 %
	\$		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 CON DEDUCIBLE \$7,500 COASEGURO HOSPITALARIO 10% CON TOPE DE			
COASEGURO POR \$65,000.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 27 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