

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260201820-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso			
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/10			
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	
ALONSO SANCHEZ	36	1988/02/24	Masculino		<input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza					
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)	
CONSUBANCO, S.A., INSTITUCION DE BANCA	2001-1136396	2025/01/01	2021/12/10		
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono		
CASILLAS GARCIA MARIANA	CONYUGE	0000000000627-01			
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico				Clave del Padecimiento	
PANCOLITIS AGUDA				K52-.9	
COLONOSCOPIA PANCOLITIS				Fecha de Inicio	
				2026/01/10	
				Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico				99221 - 0- 0	
MEDICO					
MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO					
Causa del Rechazo				SI PROCEDE	
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 69,724.84					
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación					
01 TPD SI RED					
Nombre del Médico N					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
Procede la Reclamación					
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Importes a cargo del Asegurado					
Deducible \$ 8,721.02					
Coaseguro %					
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos					
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 \$6,878.92 SIN COASEGURO HOSPITALARIO.APLICA					
COASEGURO HM 1,842.1 REFLEJADO EN MONTO DE DEDUCIBLE TOPADO EN 25,300					
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS					
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA					
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA					
Lugar y Fecha México D.F. a 10 de ENERO del 2026					
Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición					
<div> </div>					
Gerente Pago Directo GMM		Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital	
				Recibe Médico	