

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260202515-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso			
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/15			
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>
IBANEZ MARQUEZ MARIA DE LOURDES	20	2004/07/06	Masculino	<input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza					
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)	
MERCK, S.A. DE C.V.	2001-0755199	2025/01/01	2019/08/19		
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono		
MARQUEZ SANTIAGO AZUCENA	HIJO (A)	000000M280283-03			
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico				Clave del Padecimiento	
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA				J96-0	
TAC TORAX				Fecha de Inicio	
- NEUMONÍA DE ASPECTO ATÍPICO A NIVEL BASAL BILATERAL.				2026/01/15	
PANEL PCR					
METAPNEUMOVIRUS HUMANO DETECTADO					
				Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico				99221 - 0- 0	
MEDICO HOSPITALARIO					
DR. DR ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO-M INTERNA-TTE-SE AJUSTA-CP 11320596					
Causa del Rechazo	SI PROCEDE				
<b>Importes Autorizados</b> Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ <b>101,254.29</b>					
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación					
01 TPD		SI		RED	
		Nombre del Médico		N	
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ .00					
Coaseguro % Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos					
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b> Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.					
<b>IMPORTANTE:</b> El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.					
Observaciones					
*****CARTA PARA HOSPITAL*****					
PROCEDE PAGO DIRECTO//APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGUROS POR ENDOSO					
DE POLIZA /NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS A					
PADECIMIENTO.					
**LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA**					
Lugar y Fecha		México D.F. a 15 de ENERO del 2026			
		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	