

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250277448-10

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0010		Fecha de Ingreso 2025/10/27			
Nombre del paciente PALMA CONTRERAS SARAI				Edad 42		Fecha de Nac. 1982/12/06		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza									
Contratante GRUPO COMEX, S.A. DE C.V.				No. Póliza 2012-0269754		Vigencia 2025/07/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2015/07/24	
Asegurado Titular PALMA CONTRERAS SARAI				Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000285101-00		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Diagnóstico									
ENFERMEDAD RENAL CRONICA KDIGO V+SINDROME UREMICO *SP 2025 00008992								Clave del Padecimiento	
HAS 2021 ERC 2021 SIN TERAPIA DE SUSTITUCIO RENAL ANEMIA SECUNDARIA								R68-8	
A ERC.ACIDOSIS METABOLICA ANEMIA SECUNDARIA A ERC								Fecha de Inicio	
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE A SU INGRESO								2025/09/16	
ESTA CARTA SE ANULA SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS									
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico									
HEMODIALISIS								90935 - 0- 0	
MES: NOVIEMBRE 2025									
SESIONES:01,04,06,08,11,13,15,18,20,22,25,27 Y 29									
LABS: BIOMETRIA HEMATICA + QS 50 ELEMENTOS									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 67,295.02									
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 \$.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.									
Observaciones									
CARTA CUBRE TRATAMIENTO SIN COASEGURO POR ENDOSO									
ELABORADA 27/10/2025 CON VIGENCIA HASTA POR 30 DÍAS									
CARTA SE GENERA CON PRESUPUESTO ADJUNTO									
GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS QUEDAN A CARGO DE NUESTRA									
ASEGURADA NO REEMBOLSABLES									
Lugar y Fecha México D.F. a 27 de OCTUBRE 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			