

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250900762-02

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0001		Fecha de Ingreso 2025/10/28			
Nombre del paciente HERNANDEZ CRUZ GUADALUPE			Edad 38		Fecha de Nac. 1986/12/15		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>Datos de la Póliza</b>									
Contratante INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIV				No. Póliza 9001-0200916		Vigencia 2025/07/02		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/12/03	
Asegurado Titular HERNANDEZ CRUZ GUADALUPE				Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000336989-00		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
<b>Diagnóstico</b> COLECISTITIS LITIASICA								<b>Clave del Padecimiento</b>	
								K81-9	
								<b>Fecha de Inicio</b>	
								2025/10/11	
								<b>Clave Procedimiento</b>	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>								47562 - 0- 0	
LAPAROSCOPIA QUIRURGICA COLECISTECTOMIA									
DR.MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO (CG) CP.11580016									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
<b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 88,290.00				<b>Procede la Reclamación</b>					
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación				Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
01 TPD SI RED				<b>Importes a cargo del Asegurado</b>					
Nombre del Médico N				Deducible \$ 15,924.70					
\$				Coaseguro %					
\$				<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.					
\$									
\$									
<b>Observaciones</b>									
CARTA VALIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS									
APLICA DEDUCIBLE \$15,924.70, SIN COASEGURO HOSPITALARIO NI MÉDICO									
ELABORADA 28/10/2025 / VALIDA DURANTE 30 DIAS NATURALES									
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO									
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS									
Lugar y Fecha México D.F. a 28 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			