

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250220080-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización										
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0001		Fecha de Ingreso 2025/12/08				
Nombre del paciente VALDIVIA PERRUSQUIA ANA MARCIE				Edad 31		Fecha de Nac. 1993/06/15		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Datos de la Póliza										
Contratante HSBC MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANC				No. Póliza 2001-1130115		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/01/29		
Asegurado Titular VALDIVIA PERRUSQUIA ANA MARCIE				Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000045030373-00		Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>										
Diagnóstico TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES								Clave del Padecimiento		
[TI-RADS 5]								D44-0		
								Fecha de Inicio		
								2024/12/15		
								Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								60220 - 0- 0		
HEMIRIROIDECTOMIA DERECHA + ISTOECTMOIA CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO										
JORGE ARMANDO RODRIGUEZ PULIDO 14127532										
Causa del Rechazo SI PROCEDE										
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$170,550.00				Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación				Importes a cargo del Asegurado						
01 TPD SI RED				Deducible \$.00						
Nombre del Médico N				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										
CUBRE ATENCIÓN HOSPITALARIA, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS.										
APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO HOSPITALARIO										
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.										
ELABORADA 08/12/2025, VÁLIDA HJASTA EL 01/01/2026										
Lugar y Fecha México D.F. a 08 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		