

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250261502-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0001		Fecha de Ingreso 2025/12/23			
Nombre del paciente GRANADOS PEREZ			Edad 24		Fecha de Nac. 2000/05/04		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza									
Contratante MAERSK MEXICO, S.A. DE C.V.			No. Póliza 2001-0935541		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) 2025/06/09		Código (Preexistencia)
Asegurado Titular GRANADOS PEREZ			Parentesco con el Titular YESENIA MARISOL		Certificado TITULAR		Teléfono 0000000YGR012-00		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>			Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>		Embarazo <input type="checkbox"/>				
Diagnóstico								Clave del Padecimiento	
DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES								J34- 8	
								Fecha de Inicio	
								2025/12/09	
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								30520 - 0- 0	
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA									
DR JOSE MANUEL AVILA WILLIS									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$110,363.00									
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 \$ 1,719.73									
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 CON DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO HOSPITALARIO									
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.									
ELABORADA 23/12/2025, VÁLIDA HASTA EL 01/01/2026									
Lugar y Fecha México D.F. a 23 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			