

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250285510-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/02	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
RODRIGUEZ CANCHOLA DIEGO ZURIEL	27	1997/09/20	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
DHL CORPORATE SERVICES SC MEXICO, S.A.	2001-1521961	2024/12/31	2025/03/31
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RODRIGUEZ CANCHOLA DIEGO ZURIEL	TITULAR	0000000083699-00	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA Y EXTERNA GRADO III			Clave del Padecimiento
			184- 1
			Fecha de Inicio
			2025/10/12
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			46255 - 0- 0
HEMORROIDECTOMIA PLEXOS INTERNOS Y EXTERNOS			
DR. CASTILLO OLIVERA RODRIGO			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 41,874.52			
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación			
01 TPD SI RED			
Nombre del Médico S			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deducible \$ 1,487.00			
Coaseguro 5 %			
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 VALIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS. SIN APLICACION DE DEDUCIBLE			
APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 5%, COASEGURO MEDICO 5% (\$1,487.00),			
REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE. TOPE DE COASEGURO \$23,398.85			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
* CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA *			
Lugar y Fecha México D.F. a 02 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