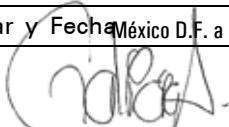


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO
Folio No.000000 Inicial SI NO
SINIESTRO No. 01250285510-08
Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/02
Nombre del paciente RODRIGUEZ CANCHOLA		Edad 27	Fecha de Nac. 1997/09/20
		Sexo Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante DHL CORPORATE SERVICES SC MEXICO, S.A.		No. Póliza 2001-1521961	Vigencia 2024/12/31
Asegurado Titular RODRIGUEZ CANCHOLA		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/03/31	
Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000083699-00	
Teléfono			
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 I84-1			
Fecha de Inicio 2025/10/12			
Clave Procedimiento			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico 46255 - 0- 0			
HEMORROIDEKTOMIA 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 01 TPD	Negociación SI	RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$ 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 Méjico 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