


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250601154-03

Ultima Fecha de Modificación:

HISTORIA CLÍNICA					
Datos de la Hospitalización			Habitación	Fecha de Ingreso	
Hospital HOSPITAL ANGELES DE ACOXPA			0005	2025/03/21	
Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo
ALCUDIA CORCHADO EMILIA			2	2022/06/07	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza					
Contratante		No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
RICARDO ALCUDIA YANIZ		6001-1277136	2024/12/31	2022/06/07	
Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ALCUDIA CORCHADO EMILIA			TITULAR	00000000000001-00	
Causa del Internamiento			Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico NEUMONIA					Clave del Padecimiento
PCR MOLECULAR RESPIRATORIO: RHINOVIRUS/ENTEROVIRUS HUMANO (DETECTADO)					J15-9
					Fecha de Inicio
					2025/03/21
					Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico					99221 - 0- 0
MEDICO					
DRA. INGRID SARAHÍ RUIZ LUNA PEDIATRÍA ICP-10341904 TRATANTE					
Causa del Rechazo SI PROCEDE .					
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 98,502.68					Procede la Reclamación
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación RED					Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
01 TPD SI Nombre del Médico N					Importes a cargo del Asegurado
\$					Deducible \$ 39,752.20
\$					Coaseguro 10 %
\$					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 DE ALTA HOSPITALARIA +*+*+*+*+*+*+*+*					
PROCEDE CON DEDUCIBLE, COASEGURO HOSPITAL 10% Y MEDICO DE \$752.20,					
REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE. TOPE DE COASEGURO: \$77,000.00					
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS					
*** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***					
Lugar y Fecha México D.F. a 21 de MARZO 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