CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [ ] NO [X]

SINIESTRO No. **02250249190-09** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/19

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
BASTIDA	SANCHEZ	CARLOS	39	1985/11/05	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	2001-1033582	2025/01/01	2020/04/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
BASTIDA	SANCHEZ	CARLOS	TITULAR	0001010916052-00	7131142434

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico FIMOSIS + BALANOPOSTITIS

Clave del Padecimiento: N48-.1

Fecha de Inicio: 2025/04/10

Clave Procedimiento: 54161 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

PLASTIA DE PREPUCIO LASER + CIRCUNCISION.

JORGE GERARDO SANDOVAL TELLEZ 11538487

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Honorarios Quirúrgicos

Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **73,054.90**

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **4,251.76**

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

PROCEDE PAGO DIRECTO CON DEDUCIBLE DE $3,439.46, COASEGURO MEDICO 10% REFLEJADO EN APARTADO DE DEDUCIBLE DE ESTE MOVIMIENTO ($812.30). SIN COASEGURO HOSPITALARIO. TOPE DE COASEGURO $5,500.00. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS. *LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA* *EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO*

Lugar y Fecha México D.F. a 19 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