CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02250256416-01**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/12/12

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CASTANON	FLORES	GABRIELA	33	1991/11/07	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
INMOBILIARIA MOSE, S.A. DE C.V.	2001-1329222	2025/07/01	2019/02/27	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CASTANON	FLORES	GABRIELA	TITULAR	0000000000008-00	

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

Diagnóstico LESION ANEXA OVARICA IZQUIERDA

POLIPO ENDOMETRIAL SINIESTRO 3250201987

*ESTAS CARTAS CANCELAN CARTA 1 Y 2 DE SIN.3250201985,DEJANDOLAS NULA Y SIN VALOR.

Clave del Padecimiento: D39-.1

Fecha de Inicio: 2025/11/25

Clave Procedimiento: 49322 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RESECCIÓN DE LESION DE ANEXO IZQUIERDO VIA LAPAROSCOPICA

RESECCIÓN DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA

DR RICARDO SANCHEZ ZAMORA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED N

		Nombre del Médico
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ 19,574.00	RICARDO SANCHEZ ZAMORA
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ 5,872.00	-
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ 3,915.00	-
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	$ 1,957.00	-
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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

CARTA DE HONORARIOS MEDICOS. FAVOR DE MANDAR NOMBRE COMPLETO Y RFC DEL RESTO DEL EQUIPO QUIRURGICO PARA TABULACION. CARTA ELABORADA EL 12/12/2025, VALIDA POR 30 DIAS.

Lugar y Fecha México D.F. a 12 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

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02250256416-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/22

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CASTANON	FLORES	GABRIELA	33	1991/11/07	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
INMOBILIARIA MOSE, S.A. DE C.V.	2001-1329222	2025/07/01	2019/02/27	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CASTANON	FLORES	GABRIELA	TITULAR	0000000000008-00	

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

Diagnóstico LESION ANEXA OVARICA IZQUIERDA

POLIPO ENDOMETRIAL SINIESTRO 3250201987

*ESTAS CARTAS CANCELAN CARTA 1 Y 2 DE SIN.3250201985,DEJANDOLAS NULA Y SIN VALOR.

Clave del Padecimiento: D39-.1

Fecha de Inicio: 2025/11/25

Clave Procedimiento: 49322 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RESECCIÓN DE LESION DE ANEXO IZQUIERDO VIA LAPAROSCOPICA

RESECCIÓN DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA

DR RICARDO SANCHEZ ZAMORA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios $**276,341.28**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **6,878.92**

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

CARTA PARA HOSPITAL. APLICA DEDUCIBLE ($6878.92MN). POR AMBOS SINIES-
TROS.NO APLICA COASEGURO, POR ENDOSO. 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 22 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