CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02250260751-06**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/21

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GONZALEZ	LOPEZ	ARTURO	25	1999/09/17	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
PREMIUM RESTAURANT BRANDS, S. DE R.L.	2001-0657298	2025/07/30	2025/11/19	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GONZALEZ	LOPEZ	ARTURO	TITULAR	0000000504345-00	

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

Diagnóstico FX UNIMALEOLAR DE TOBILLO DERECHO

RX

FRACTURA OBLICUA TRANSINDESMAL DEL PERONÉ DISTAL DERECHO CON APERTURA DE LA SINDESMOSIS Y ENSANCHAMIENTIO DEL ESPACIO MEDIAL SUGESTIVA DE LESIÓN DEL LIGAMENTO DELTOIDEO

Clave del Padecimiento: S82-.5

Fecha de Inicio: 2025/12/21

Clave Procedimiento: 27814 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA A TOBILLO DERECHO CON PLACA ANATÓMICA DE TITANIO Y TORNILLERÍA 3.5 Y 4.0 MAS CIERRE DE SINDESMOSIS MAS PLASTIA DE LIGAMENTO DELTOIDEO.

DR. SAUL VARGAS Y NAVARRO | TYO | CP 11255538

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma asegurada para gastos Hospitalarios $**299,658.32**

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 $ **.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

PROCEDE PAGO. MEDICO SE AJUSTA. POR CONDICIONES EN ENDOSO DE POLIZA
SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO.
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 21 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