CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260200141-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CHAVERO	GUEVARA	VALERIA NAYELY	28	1996/04/22	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
TELEVISA, S. DE R.L. DE C.V.	2010-0400671	2025/01/01	2019/09/17	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CHAVERO	GUEVARA	VALERIA NAYELY	TITULAR	0000006903985-00	

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

Diagnóstico ESPONDILOLISTESIS POSTRAUMATICA

RMN ESPONDILOARTROSIS LUMBAR DESCRITA DE L3-L4 A L5-S1.
DISCARTROSIS INTERVERTEBRALES DE L3-L4 A L5-S1 CON CAMBIOS
PFIRRMANN TIPO II-III. HERNIAS DICALES INTERVERTEBRALES POSTERIOR
DE L3-L4 A L5-S1 DE EXTENSIONES FORAMINALES.CONTACTOS DE LAS RAIZ
NEURAL EMERGENTES DE L3-L4 A L5-S1 BILATERALES

Clave del Padecimiento: M43-.1

Fecha de Inicio: 2025/12/27

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO
***SE CUBRE EVENTO AGUDO,EN CASO DE REALIZAR ALGUN PROCEDIMIENTO QX
DEBERA SER CUBIERTO POR NUESTRO ASEGURADO***-***EN CASO DE REQUERIR
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA PROGRA
MADA;SIENDO SOMETIDO A NUEVO DICTAMEN MEDICO***
GUILLERMO MONTERROSAS RAMÍREZ ORTOPEDIA CP 9975945

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **44,506.45**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [N]

$ _____ _____
$ _____ _____
$ _____ _____
$ _____ _____
$ _____ _____
$ _____ _____
$ _____ _____
$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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 SIN DEDCUIBLE,COASEGURO HOSPITALARIO 10% CON TOPE DE $12,000
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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