CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260200819-08** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/03

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GONZALEZ	GONZALEZ	NANCY	35	1989/05/16	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GRUPO TELEVISA, S.A.B.	2010-2600078	2025/01/01	2017/07/03	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GONZALEZ	GONZALEZ	NANCY	TITULAR	0000008312839-00	

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

Diagnóstico FISURA ANAL + PROCTITIS

COLONOSCOPIA

FISURA ANAL + PROCTITIS

***EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO

AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO***

Clave del Padecimiento: K60-.0

Fecha de Inicio: 2026/01/03

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO

DR ALBERTO ARTURO AGUILAR GI/ENDOSCOPIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **68,644.36**

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 $ **6,131.30**

Coaseguro **10** %

Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos

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 HOSPITALARIA|APLICA DEDUCIBLE $4,000 COASEGURO HOSPITALARIO Y MEDICO,ESTE ULTIMO REFLEJADO EN MONTO DE DEDUCIBLE POR $ 2,131.30 CON TOPE DE COASEGURO POR$12,000.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONDOS.CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 03 de E N E R O del 2026

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