CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260201047-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/05

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ORTEGA	VELAZQUEZ	EDGAR ALEJANDRO	46	1978/05/17	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
AT&T COMUNICACIONES DIGITALES, S. DE R	2012-1034202	2025/03/01	2014/03/08	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ORTEGA	VELAZQUEZ	EDGAR ALEJANDRO	TITULAR	0000000655249-00	

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

Diagnóstico ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Clave del Padecimiento: K57-.1

<<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>

<<<EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO>>>

Fecha de Inicio: 2026/01/05

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

99221 - 0- 0

TRATAMIENTO MEDICO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **40,197.93**

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 $ **4,018.76**

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

PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE $3,439.46 COASEGURO MEDICO DEL Y COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10%. MONTO DE COASEGURO MÉDICO REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE EQUIVALENTE A $579.30 NO SE CUBREN LOS GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. ** TOPE DE COASEGURO $25,000.00**

CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 05 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