CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260201820-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/01/10

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ALONSO	SANCHEZ	EDUARDO OLIVER	36	1988/02/24		Femenino [ ] Masculino [X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
CONSUBANCO, S.A., INSTITUCION DE BANCA	2001-1136396	2025/01/01	2021/12/10	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CASILLAS	GARCIA	MARIANA	CONYUGE	0000000000627-01	

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

Diagnóstico PANCOLITIS AGUDA

COLONOSCOPIA PANCOLITIS

Clave del Padecimiento: K52-.9

Fecha de Inicio: 2026/01/10

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO

MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

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

		Nombre del Médico
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **9,714.00**	VESM870608QN6
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **2,914.00**	ANESTESIOLOGO
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	$ **5,793.00**	VESM870608QN6
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

Coaseguro %

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 DE HONORARIOS MEDICOS
MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO
ATENCION EN URGENCIAS
ATENCION MEDICA
COLONOSCOPIA

Lugar y Fecha México D.F. a 10 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