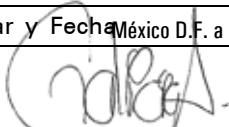


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02260201991-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/12	
Nombre del paciente BARRERA SORIANO	Edad 50	Fecha de Nac. 1974/07/13	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante MEXICHEM SOLUCIONES INTEGRALES, S.A. D	No. Póliza 2001-0559605	Vigencia 2025/06/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2019/06/01
Asegurado Titular MARTINEZ SOLIS	CESAR PATRICIO	Parentesco con el Titular CONYUGE ...	Certificado 0000012109391-01
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
<b>Diagnóstico</b> POLITRAUMTISMO/ESGUINCE ACROMIOCLAVICULAR IZQUIERDO PB ENCONDROMA 2260202100 EN FUTURAS RECLAMACIONES DEBERÁ PRESENTAR RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO ****SINIESTROS COMPARTEN GASTOS****			Clave del Padecimiento T00-8 Fecha de Inicio 2026/01/12 Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
MEDICO + BIOPSIA PERCUTANEA CON AGUJA JAMSHIDI DE TUMOR DE CABEZA HUMERAL IZQUIERDA 13/01/2026			
DR JORGE CARLOS PAZ SOSA TYO			
Causa del Rechazo	SI PROcede .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 134,384.99		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
		Nombre del Médico N	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deductible \$ 5,434.35			
Coaseguro %			
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos			
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>			
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.			
<b>IMPORTANTE:</b>			
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.			
<b>Observaciones</b>			
PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE DE \$5,434.35 POR SINIESTRO 2260202100, SIN COASEGUROS POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. <<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >> ***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA***			
Lugar y Fecha  Méjico D.F. a 12 de Enero 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