

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250258396-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/22	
Nombre del paciente LOPEZ CASTILLO ANA JESSICA	Edad 36	Fecha de Nac. 1988/02/12	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante TELEvisa, S. DE R.L. DE C.V.	No. Póliza 2010-0400671	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2016/01/04
Asegurado Titular ABREGO PABLO	Parentesco con el Titular CONYUGE	Certificado 0000002550375-01	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA			Clave del Padecimiento D25-9
COMPARTE GASTOS CON SINIESTRO DE ADENOMIOSIS 2250258397			Fecha de Inicio 2025/05/01
PADECIMIENTOS INDEPENDIENTES, CLÍNICA E HISTOLÓGICAMENTE			
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			Clave Procedimiento 58545 - 0- 0
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
RESECCION DE MIOMAS Y ADENOMIOSIS POR LAPAROSCOPIA Y MORCELADOS			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 159,997.06		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 12,080.30 Coaseguro 10 % Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos		
Nombre del Médico S	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 \$8,000.00(\$4,000.00 POR CADA SINIESTRO)			
COASEGURO MEDICO DEL 10%(\$4,080.30 REFLEJADO EN CONCEPTO DE DEDUCIBLE)			
COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10%.TOPE DE COASEGURO \$24,000.00(\$12,000.00 POR CADA SINIESTRO). NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
* CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIO *			
Lugar y Fecha México D.F. a 22 de ENERO del 2026		Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición	
Gerente Pago Directo GMM		Recibe Médico	
Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital	