

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 | Edad 36 | Fecha de Nac. 1988/02/12 |
| Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Datos de la Póliza | | |
| Contratante TELEVISA, S. DE R.L. DE C.V. | No. Póliza 2010-0400671 | Vigencia 2025/01/01 |
| Asegurado Titular ABREGO PABLO | Parentesco con el Titular MARCOS EMMANUEL | Certificado CONYUGE ... |
| Teléfono 0000002550375-01 | | |
| Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> | Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA | | |
| COMPARTE GASTOS CON SINIESTRO DE ADENOMIOSIS 2250258397 | | |
| PADECIMIENTOS INDEPENDIENTES, CLÍNICA E HISTOLÓGICAMENTE | | |
| | | |
| | | |
| PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO | | |
| | | |
| 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 | | |
| Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación | | |
| 01 TPD | SI | RED |
| Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |
| Procede la Reclamación | | |
| Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| Importes a cargo del Asegurado | | |
| Deductible \$ 12,080.30 | | |
| 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 | | |
| 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 Méjico 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 | | Enterado Familiar y/o paciente |
| Recibi Hospital | | Recibe Médico |