

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250258396-07

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	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 MARCOS EMMANUEL 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 \$.01	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 \$.00		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 25,502.00 IIVA8011273P8	Coaseguro %		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 5,100.00 MARIA LICONA	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos		
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE \$ 2,550.00 LEOPOLDO GATICA	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.		
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 7,651.00 HFCK810530427	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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS * ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.03 *			
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	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico