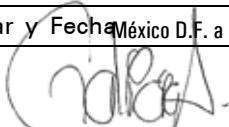


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO
Folio No.000000 Inicial SI NO
SINIESTRO No. 02250258396-07
Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/22
Nombre del paciente LOPEZ	CASTILLO	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
Asegurado Titular ABREGO		Parentesco con el Titular MARCOS EMMANUEL	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2016/01/04 0000002550375-01
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo	
Diagnóstico			
MIOMATOSIS UTERINA			
COMPARTE GASTOS CON SINIESTRO DE ADENOMIOSIS 2250258397			
PADECIMIENTOS INDEPENDIENTES, CLÍNICA E HISTOLÓGICAMENTE			
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			
Clave del Padecimiento			
D25-9			
Fecha de Inicio			
2025/05/01			
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			
Honorarios Quirúrgicos			
Código Tabulador		Negociación	
01 TPD	SI	RED	
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S			
HONORARIOS DE CIRUJANO <input type="checkbox"/> 25,502.00 <input type="checkbox"/> LIVA8011273P8			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE <input type="checkbox"/> 5,100.00 <input type="checkbox"/> MARIA LICONA			
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE <input type="checkbox"/> 2,550.00 <input type="checkbox"/> LEOPOLDO GATICA			
HONORARIOS DE ANESTESISTA <input type="checkbox"/> 7,651.00 <input type="checkbox"/> HECK810530427			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$.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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS			
* ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.03 *			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 22 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