

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No.

Última Fecha de Modificación:

Observaciones

CARTA VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS

ELABORADA EL 12/01/2026 / VALIDA DURANTE 30 DIAS NATURALES

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

HONORARIOS POR 2DO AYUDANTE SE EVALUA POR PAGO DIRECTO

Lugar y Fecha: México D.F. a 12 de ENERO del 2026

30

Gerente Pago Directo GMM

Enterado Familiar y/o paciente

Becibi Hospital

Recibe Médico



CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260900072-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/23
Nombre del paciente HERNANDEZ ESPINOZA	Edad 46	Fecha de Nac. 1978/09/22
		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza		
Contratante INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIV	No. Póliza 9001-0200916	Vigencia 2025/07/02
Asegurado Titular HERNANDEZ ESPINOZA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000330857-00
Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA MÁS INCONTINENCIA URINARIA		
		Clave del Padecimiento D25-9
		Fecha de Inicio 2025/04/15
		Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL MÁS URETROPEXIA DE BURCH		
DR. JUAN JIMENEZ HUERTA (GYO) 3444934		
Causa del Rechazo	SI PROcede .	
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE		Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S 4,686.00 SASM8002281J7
Deducible \$.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 DE HONORARIOS MEDICOS		
MARIANA SANCHEZ SARABIA		
2º AYUDANTE		
Lugar y Fecha	Méjico D.F. a 23 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