CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260900072-07** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/23

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
HERNANDEZ	ESPINOZA	NANCY	46	1978/09/22	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIV	9001-0200916	2025/07/02	2005/07/23	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
HERNANDEZ	ESPINOZA	NANCY	TITULAR	0000000330857-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA//INCONTINENCIA URINARIA

SIN:1260900073 INCONTINENCIA URINARIA

Clave del Padecimiento: D25-.9

Fecha de Inicio: 2025/04/15

Clave Procedimiento: 58152 - 0- 0

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 $ **139,710.97**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	S

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **31,849.40**

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 ALTA HOSPITALARIA
PROCEDE CON DEDUCIBLE $31,849.40 (15,924.69 POR CADA SINIESTRO) SIN
COASEGURO POR CG.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México 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