

Instrucción hospitalaria de pago directo

 Folio número 218352 Inicial: Sí No Siniestro número: 1260207761

Datos de la hospitalización				
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso DD/MM/AAAA		
CASTRO ACOSTA ANA KARINA	35 22 12 1989	Sexo:	Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre del Paciente	Edad	Fecha de nacimiento	Masculino	<input type="checkbox"/>
Datos de la póliza				
DAMCO LOGISTICS MEXICO, S.A. DE C.V	935542	2023/01/01 - 2026/01/01	NA	NA
Contratante	Número de póliza	Vigencia	Fecha de alta del afectado	Tipo de plan
CASTRO ACOSTA ANA KARINA			0000000ACA528	NA
Asegurado Titular	Parentesco con el titular	Certificado	Teléfono	
Causa del internamiento:	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico:				
NEUMONIA POR VIRUS DE LA INFLUENZA				
				Clave de Padecimiento
				Fecha de inicio
Tratamiento médico y/o quirúrgico				
MEDICO				
				Clave de Padecimiento
Procede la reclamación Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Causa del rechazo <u>NA</u>				
Importes autorizados				
Suma autorizada para gastos hospitalarios, incluye IVA \$ <u>NA</u>				
				Importes a cargo del Asegurado Deducible:
Honorarios quirúrgicos				
TPD1	N	*G.M.A.: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Código tabulador	Negociación	Nombre del médico		
Honorarios cirujano	\$ NA	NA	\$ NA	
Ayudante	\$ NA	NA	\$ NA	
Anestesiólogo	\$ NA	NA		
Honorarios médicos	\$ 5,187.00	DR. SAMUEL GOVEA PELAEZ MI CP 13322616		
Por tratamiento médico	\$ NA	NA		
Interconsultas	\$ NA	NA		
Otros	\$ NA	NA		
* Grupo Médico Asociado				

Gastos no cubiertos por la póliza: diferencia de cuarto estándar, excedente de importe de autorizado, gastos del recién nacido sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañante, llamadas telefónicas, películas.

Importante: El hospital deberá reportar el siniestro a Metlife México, S.A. al ingreso del Asegurado en todos los casos

Observaciones:

Se cubre la habitación estándar y cama extra

CARTA HONORARIOS MEDICOS

DR. SAMUEL GOVEA PELAEZ MI CP 13322616

SE TABULAN DIAS 25,26,27 ENERO

Lugar y fecha

Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición

Moreno, Luis

Médico dictaminador

Enterado familiar y/o paciente

Recibe hospital

Recibe médico