

Instrucción hospitalaria de pago directo

 Folio número 218353 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
ESTA CARTA SUSTITUYE CUALQUIER AUMENTO DE SUMA PREVIO				
				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>76,290.57</u>		
Honorarios quirúrgicos				Importes a cargo del Asegurado Deducible:
TPD1	S	*G.M.A.: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$ <u>NA</u>	
Código tabulador	Negociación	Nombre del médico	% <u>NA</u>	
Honorarios cirujano	\$ <u>NA</u>	NA	Coaseguro hospitalario:	
Ayudante	\$ <u>NA</u>	NA	\$ <u>NA</u>	
Anestesiólogo	\$ <u>NA</u>	NA	Coaseguro médico	
Honorarios médicos	\$ <u>NA</u>	NA		
Por tratamiento médico	\$ <u>NA</u>	NA		
Interconsultas	\$ <u>NA</u>	NA		
Otros	\$ <u>NA</u>	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

PROCEDE PAGO DIRECTO SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE NI COASEGURO POR

ENDOSO DE ENFERMEDAD, NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO

RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO ACTUAL.

MONTO AUTORIZADO INCLUYE IVA; EL COASEGURO SE CALCULA SOBRE ESE TOTAL.

CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA

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