

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260204250-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/27	
Nombre del paciente SANTIAGO SANTIAGO GUILLERMINA	Edad 43	Fecha de Nac. 1981/09/18	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante CIBANCO, S.A. INSTITUCION DE BANCA MUL	No. Póliza 2001-0460925	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/12/01
Asegurado Titular SANTIAGO SANTIAGO GUILLERMINA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 000000061283-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA	Clave del Padecimiento D25-9		Fecha de Inicio 2026/01/27
* NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS *			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			58150 - 0- 0
HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA CONVERTIDA A LAPAROTOMIA DR. CARLOS ENRIQUE SOTO ABURTO GINECOLOGIA 12512134			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 468,169.14		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 13,494.82
	Nombre del Médico	RED	Coaseguro 10 %
	\$	<input type="text"/>	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos
	\$	<input type="text"/>	Gastos no cubiertos por la póliza:
	\$	<input type="text"/>	Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.
	\$	<input type="text"/>	IMPORTANTE:
	\$	<input type="text"/>	El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.
	\$	<input type="text"/>	
	\$	<input type="text"/>	
	\$	<input type="text"/>	
	\$	<input type="text"/>	
Observaciones	PROCEDE PAGO, MEDICO SE AJUSTA. POR ENDOSO APLICA DEDUCIBLE \$6,878.92 COASEGURO MEDICO DEL 10%(\$6,615.90 REFLEJADO EN CONCEPTO DE DEDUCIBLE) COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10%. TOPE DE COASEGURO \$60,000.00 *LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA* *EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO*		
Lugar y Fecha	México D.F. a 27 de ENERO 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