CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260209195-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/29

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
HERNANDEZ	GARCIA	JACQUELINE	31	1993/10/27	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
IAFH GLOBANT IT MEXICO, S. DE R.L. DE	2009-0073155	2025/03/17	2021/08/30	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
HERNANDEZ	GARCIA	JACQUELINE	TITULAR	0000032007958-00	

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

Diagnóstico RUPTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR + RUPTURA DE MENISCOS RODILLA DERECHA

Clave del Padecimiento: S83-.5

Fecha de Inicio: 2025/12/30

Clave Procedimiento: 29888 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ARTROSCOPÍA RODILLA DERECHA + PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO DE DONADOR + MENISCOPLATÍS MEDIAL Y LATERAL

DR. CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA CP. 12724323 ORTOPEDIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **454,003.61**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [N]

$

$

$

$

$

$

$

$

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

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 VÁLIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS.
APLICA SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO. TOPE DE COASEGURO $10,000.00 MN.
NO SE CUBREN LOS GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS
ESTA CARTA CIERRA CUENTA POR ALTA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.

Lugar y Fecha México D.F. a 29 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