CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260202100-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/28

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
BARRERA	SORIANO	ANITA	50	1974/07/13	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
MEXICHEM SOLUCIONES INTEGRALES, S.A. D	2001-0559605	2025/06/01	2019/06/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MARTINEZ	SOLIS	CESAR PATRICIO	CONYUGE	0000012109391-01	

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

Diagnóstico ENCONDROMA HOMBRO IZQUIERDO

Clave del Padecimiento: O78-.4

Fecha de Inicio: 2026/01/12

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

CARTA QUE CANCELA Y SUSTITUYE MOV.04, EL CUAL QUEDA, NULA Y SIN VALOR ALGUNO

DR JORGE CARLOS PAZ SOSA|ORTOPEDIA|CP11974276|MÉDICO TRATANTE

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **41,491.39**

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 PARA HOSPITAL
PROCEDE SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO, POR ENDOSO CONTRATADO
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PROCEDEMIENTO AUTORIZADO. TOPE COASEGURO 30,000.00
CON ESTA CARTA CIERRA CUENTA HOSPITALARIA Y SE BRINDA ALTA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.

Lugar y Fecha México D.F. a 28 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