

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250278187-09

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/11	
Nombre del paciente ALMAZAN ARELLANO ANA LAURA	Edad 39	Fecha de Nac. 1985/08/15	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante GRUPO TELEVISIA, S.A.B.	No. Póliza 2010-2600078	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/07/01
Asegurado Titular ALMAZAN ARELLANO ANA LAURA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000002138577-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico	HERNIAS CERVICALES C4C5 C5C6 SUMA PROXIMA A AGOTARSE		Clave del Padecimiento M50-1
	LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA		Fecha de Inicio 2025/09/19
	EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO		
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			22554 - 0- 0
DISCECTOMIA C4-C5, C5-C6+ COLOCACION CAJA INTERSOMATICA BLOQUEADA C4-C5, C5-C6 POR ABORDAJE ANTERIOR + NEUROMONITOREO TRANSOPERATORIO			
11/02/2026			
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE MOV 05 EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR			
DR.JORGE CARLOS PAZ SOSA - ORTOPEDIA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$1,254,189.01		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 \$ 8,010.60
	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
	\$	<input type="text"/>	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"/>	
Observaciones	CARTA PARA GASTOS DE HOSPITAL PROCEDE PAGO APLICA SIN DEDUCIBLE, COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10% Y COASEGURO MEDICO DEL 10% REFLEJADO EN DEDUCIBLE (\$8,010.60) TOPE DE COASEGURO DE \$8,473.14 NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO. ***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA*** ***SUMA PROXIMA A AGOTARSE***		
Lugar y Fecha	México D.F. a 11 de FEBRERO 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