CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250278187-08** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/02/11

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ALMAZAN	ARELLANO	ANA LAURA	39	1985/08/15	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GRUPO TELEVISA, S.A.B.	2010-2600078	2025/01/01	2021/07/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ALMAZAN	ARELLANO	ANA LAURA	TITULAR	0000002138577-00	

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

Diagnóstico HERNIAS CERVICALES C4C5 C5C6

Clave del Padecimiento: M50-.1

Fecha de Inicio: 2025/09/19

Clave Procedimiento: 22554 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

DISCECTOMIA C4-C5, C5-C6+ COLOCACION CAJA INTERSOMATICA BLOQUEADA C4-C5, C5-C6 POR ABORDAJE ANTERIOR + NEUROMONITOREO TRANSOPERATORIO |11/02/2026|

DR.JORGE CARLOS PAZ SOSA - ORTOPEDIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [N]

HONORARIOS DE CIRUJANO	$ 50,066.00	PAZ SOSA JORGE CARLOS
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ 15,020.00	ROSALES RAMÍREZ JOSE LUIS
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ 10,013.00	CORNEJO MENESES GERALDINE
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	$ 5,007.00	CARDON LOZANO RAFAEL
	$	
	$	
	$	
	$	

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 DE HONORARIOS MEDICOS
DR. JORGE CARLOS PAZ SOSA -MT/TYO-
TAB PROCEDIMIENTO 11/02/2026

ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE MOV 04 EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR

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