CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260213982-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/15

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
RODRIGUEZ	RUIZ	PAOLA	46	1979/01/04	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
STANHOME DE MEXICO, S.A. DE C.V.	2001-0073358	2025/04/01	2014/04/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RODRIGUEZ	RUIZ	PAOLA	TITULAR	0000000003636-00	

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

Diagnóstico ULCERAS DUODENALES

-ESTENOSIS DUODENAL

Clave del Padecimiento: K26-.1

Fecha de Inicio: 2026/02/14

Clave Procedimiento: 43239 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

TRATAMIENTO MEDICO + ENDOSCOPIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **60,296.13**

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 $ **3,576.00**

Coaseguro **5** %

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

PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE $2,641.00, COASEGURO MEDICO Y HOSPITALARIO DEL 05%. MONTO DE COASEGURO MÉDICO REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE EQUIVALENTE A $935.00 NO SE CUBREN LOS GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. *** TOPE DE COASEGURO $25,000.00***

CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 15 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