# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260900236-04** 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ALVARADO | VELAZQUEZ | DANIEL OMAR | 41 | 1984/04/29 | Femenino | [ ] |
| | | | | | Masculino | [X] |

**Datos de la Póliza**

| Contratante | No. Póliza | Vigencia | Fecha de Alta (afectado) | Código (Preexistencia) |
|---|---|---|---|---|
| INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIV | 9001-0200916 | 2025/07/02 | 2018/12/07 | |

| Asegurado Titular | | | Parentesco con el Titular | Certificado | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| ALVARADO | VELAZQUEZ | DANIEL OMAR | TITULAR | 0000000335676-00 | |

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

**Diagnóstico** PANCOLITIS

COLONOSCOPIA

PANCOLITIS/ILEITIS TERMINAL

Clave del Padecimiento: K52-.9

Fecha de Inicio: 2026/02/15

Clave Procedimiento: 45378 - 0- 0

**Tratamiento Médico y/o Quirúrgico**

MEDICO

DR AGUILAR LOPEZ ALBERTO ARTURO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

**Importes Autorizados**

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **62,002.03**

**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 $ **16,511.59**

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 ALTA HOSPITALARIA
PROCEDE CON DEDUCIBLE $16,511.59 SIN COASEGURO POR CONDICIONES DE POLIZA.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA

***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***

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