CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260216301-03**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/21

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LOPEZ	GUZMAN	ALFONSO	36	1989/01/23	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
CONTITECH FLUID DISTRIBUIDORA, S. DE R	2012-1327244	2026/01/01	2025/01/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LOPEZ	GUZMAN	ALFONSO	TITULAR	0000032054210-00	

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

Diagnóstico RUPTURA MENISCAL MEDIAL GRADO III + DESGARRO MENISCAL LATERAL GRADO II LESION GRADO II DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR RODILLA DERECHA.

++ EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO *+*+

Clave del Padecimiento: S83-.7

Fecha de Inicio: 2026/02/21

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MÉDICO

** EN CASO DE REQUERIR TRATAMIENTO QUIRURGICO SE DEBERÁ VALORAR VÍA CIRUGÍA PROGRAMADA (CONDICIONES PUEDEN VARIAR) **

DR. ROBERTO MIER CISNEROS | ORTOPEDIA | CE 7674473 | TRATANTE

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **36,991.76**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **9,321.95**

Coaseguro **10** %

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 HOSPITAL
PROCEDE CON DEDUCIBLE $8,915.55, COASEGURO HOSPITAL 10% Y MEDICO 10%
DE $406.40 SUMADO A EL DEDUCIBLE. TOPE DE COASEGURO: $30,000.00
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.
++LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*+*+
*** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***

Lugar y Fecha México D.F. a 21 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