CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260217616-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/25

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
AGUILAR	MARTINEZ	MONICA PATRICIA	44	1980/10/29		Femenino [X] Masculino [ ]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
EIM LEARNING, S.C.	2001-0463584	2025/10/01	2021/08/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
AGUILAR	MARTINEZ	MONICA PATRICIA	TITULAR	0000000000344-00	

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

Diagnóstico TUMOR DE OVARIO IZQUIERDO

Clave del Padecimiento: D39-.1

Fecha de Inicio: 2026/02/25

Clave Procedimiento: 49322 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

OOFORECTOMÍA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPÍA

DR. MARIO ALBERTO FRAGOSO HERNÁNDEZ | TTE | CER. 10554 (GYO)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **176,667.43**

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 $ **13,010.06**

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 HOSPITLARIA.APLICA DEDUCIBLE $10,698.66 COASEGURO DE HM 10% $2,311.4 REFLEJADO EN MONTO DE DEDUCIBLE CON TOPE DE COASEGURO POR $25,000.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 25 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