CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260218091-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
RUBIO	MACIAS	CAROLINA	44	1980/06/09	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
BCONNECT SERVICES, S.A. DE C.V.	2001-0269655	2025/04/01	2024/11/20	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RUVALCABA	HERNANDEZ	ERNESTO RODOLFO	CONYUGE	0000MX2380137-01	

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

Diagnóstico PIELOBNEGRITIS

USG

REPORTA HIDRONEFROSIS

DATOS DE PIELONEFRITIS

Clave del Padecimiento: R10-.4

Fecha de Inicio: 2026/02/27

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MÉDICO HOSPITALARIO

ANTONIO TORRE PEREZ CIRUGIA

CP 6962469/10590510

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **47,746.40**

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 $ **3,566.22**

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 $3566.22 SIN COASEGURO POR ENDOSO.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 27 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