CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260207973-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/20

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CONTRERAS	PENA	SOFIA ADRIANA	30	1994/07/14	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
IBM DE MEXICO, COMERCIALIZACION Y SERV	2001-1034485	2025/05/02	2020/10/15	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ARAGON	CASTILLO	JORGE ALBERTO	CONYUGE	0000001629781-01	5527522340

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

Diagnóstico EMBARAZO DE 38 SDG

Clave del Padecimiento: Z32-.1

Fecha de Inicio: 2025/07/29

Clave Procedimiento: 59514 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

CESAREA

CUENTA CON COBERTURA DE RECIÉN NACIDO SANO, FAVOR DE INFORMAR A CALL CENTER SU INGRESO A HOSPITAL

DR.EVERARDO ANTONIO BARRAGAN ROMERO (GYO) CP.10369441

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **34,420.13**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

Nombre del Médico [N]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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

APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO

CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA

S

"LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA"

Lugar y Fecha México D.F. a 20 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