CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **02260207973-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	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

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

59514 - 0- 0

CESAREA

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

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD | Negociación: SI | RED

Nombre del Médico [N]

HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **23,844.00**	BARE8510011MA
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **7,153.00**	FEHL850712D29
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **4,769.00**	CALV8710079R5
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS
ELABORADA EL 20/02/2026 /VALIDA DURANTE 30 DIAS NATURALES
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS
** PARA TABULAR AL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, FAVOR DE INGRESAR NOMBRE Y RFC **

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