CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260202100-13** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/09

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
BARRERA	SORIANO	ANITA	50	1974/07/13	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
MEXICHEM SOLUCIONES INTEGRALES, S.A. D	2001-0559605	2025/06/01	2019/06/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MARTINEZ	SOLIS	CESAR PATRICIO	CONYUGE	0000012109391-01	

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

Diagnóstico ENCONDROMA HOMBRO IZQUIERDO

Clave del Padecimiento: O78-.4

Fecha de Inicio: 2026/01/12

Clave Procedimiento: 23221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

REDUCCION TUMOR OSEO HUMERO PROXIMAL IZQUIERDO+ CURETAJE HUMERO PROXIMAL IZQUIERDO+ COLOCACION INJERTO OSEO HUMERO IZQUIERDO + PLASTIA TENDON SUPRAESPINOSO IZQUIERDO

DR. JORGE CARLOS PAZ SOSA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **361,298.19**

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 $ **.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 HOSPITALARIO
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 09 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