# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260202100-08** Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0130 | 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

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** | $ **32,420.00** | PASJ890909808 |
| **HONORARIOS DE ANESTESISTA** | $ **9,726.00** | . |
| **HONORARIOS 1ER. AYUDANTE** | $ **6,484.00** | . |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |

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 PARA HONORARIOS MEDICOS

CARTA ELABORADA 09/02/2026 VALIDA POR 30 DIAS

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA CON TACHADURAS O ENMENDADURAS.

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