CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260220432-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/06

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CERVANTES	MEDINA	MARIA CONCEPCION	60	1965/09/01	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GRUPO POSADAS, S.A.B. DE C.V.	2001-0841418	2025/12/31	1998/09/29	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CERVANTES	MEDINA	MARIA CONCEPCION	TITULAR	0000000406955-00	

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

Diagnóstico CONTUSIÓN EN RODILLA DERECHA

RX RODILLA DERECHA----CONDROMALACIA Y GONARTROSIS DE GRADO DETERMINAR. HALLAZGOS COMPATIBLES CON MENISCOPATÍA LATERAL Y MEDIAL CON PREDOMINIO MEDIAL.HALLAZGOS INDIRECTOS DE BURSITIS SUPRATELAR

RMN--FRACTURA CONDRAL EN PLATAFORMA TIBIAL Y CÓNDILO FEMORAL MEDIAL + ROTURA DE MENISCO MEDIAL + ROTURA COMPLETA DE LCA

Clave del Padecimiento: S80-.0

Fecha de Inicio: 2026/03/06

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SE AUTORIZA TRATAMIENTO MEDICO EN AGUDO

EN CASO DE REALIZAR ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,LOS GASTOS SERAN CUBIERTOS POR NUESTRO ASEGURADO

EN CASO DE REQUERIR ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA PROGRAMADA,Y SERA SOMETIDO A UN NUEVO DICTAMEN MEDICO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **36,010.59**

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

PROCEDE COMO CARTA DE PAGO DIRECTO PARA GASTOS HOSPITALARIOS.
SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO DE ACUERDO A ENDOSO CONTRATADO
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE MOV. NO.2
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL

Lugar y Fecha México D.F. a 06 de M A R Z O 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