CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260218039-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2026/02/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
VILLALOBOS	HERNANDEZ	TANIA ISAURA	47	1977/07/06	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
VWR INTERNATIONAL, S. DE R.L. DE C.V.	2001-1229630	2025/07/01	2016/08/03	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VILLALOBOS	HERNANDEZ	TANIA ISAURA	TITULAR	0000000038888-00	

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

Diagnóstico HALLUX VALGUS IZQUIERDO

Clave del Padecimiento: M20-.1

Fecha de Inicio: 2026/02/08

Clave Procedimiento: 28292 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

OSTEOTOMIA DISTAL DE PRIMER METATARSIANO + REALINEACION DE PRIMER RADIO+ CORRECCION DE PARTES BLANDAS

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **107,846.00**

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 $ **1,783.00**

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 GASTO HOSPITALARIO
APLICA CON DEDICUBLE DE $1783.00, SIN COASEGURO HOSPITALARIO, SIN COASEGURO MEDICO, TOPE DE COASEGURO DE $25,300.00
ELABORADA EL 27/02/2026, CARTA VALIDA POR 30 DIAS
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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