

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250256231-13

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/03/14	
Nombre del paciente SANTIAGO PITA	Edad 43	Fecha de Nac. 1981/10/01	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante CIBANCO, S.A. INSTITUCION DE BANCA MUL	No. Póliza 2001-0460925	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2019/11/18
Asegurado Titular SANTIAGO PITA	Parentesco con el Titular CARLOS ALBERTO TITULAR	Certificado 000000058914-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico		Clave del Padecimiento	
XARDIOMIOPATIA ISQUEMICA/ANGINA + EXTRASISTOLE VENTRICULAR RECURRENTE		I20-9	
**SP 2026 00010763 **		Fecha de Inicio	
* CARTA QUE CANCELA Y SUSTITUYE AL MOV. 10 EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR ALGUNO *		2025/12/11	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		93651 - 0- 0	
ABLACION MIOCARDIACA			
"EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO".			
"LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA".			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 928,496.06		Procede la Reclamación
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	RED	Nombre del Médico	Importes a cargo del Asegurado
		N	Deducible \$.00
	\$		Coaseguro 10 %
	\$		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 HOSPITAL			
PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE ENFERMEDAD SIN DEDUCIBLE Y CON COASEGURO DE HOSPITAL DEL 10% DE ACUERDO CON ENDOSO CON EL CUAL ALCANZARA EL TOPE DE COASEGURO REMANENTE: 30,396.34 MXN. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
*** CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA HOSPITALARIA ***			
Lugar y Fecha	México D.F. a 14 de MARZO 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