

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250256231-12

Ultima Fecha de Modificación:

| Datos de la Hospitalización | | | |
|---|---|--|--|
| Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | Habitación 0011 | 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. 9 EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR ALGUNO * | | 2025/12/11 | |
| | | Clave Procedimiento | |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico | | 93651 - 0- 0 | |
| ABLACION MIOCARDIACA | | | |
| Causa del Rechazo SI PROCEDE | | | |
| Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01 | | Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación | | Importes a cargo del Asegurado | |
| .01 TPD SI RED | | Deducible \$.00 | |
| Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N | | Coaseguro % | |
| HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 32,206.00 | COAL851101LA2 | Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos | |
| HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 9,662.00 | ROFN911128562 | Gastos no cubiertos por la póliza: | |
| HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 6,441.00 | PASM860828F29 | Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. | |
| HONORARIOS 2DO. AYUDANTE \$ 3,221.00 | SIRI8307155H8 | 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. | | | |
| DR. LUIS ANTONIO COTA APODACA CARDIOLOGO NO RED, SE AJUSTA NO WL | | | |
| CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTARGICO | | | |
| Nº CERTIFICADO: 3088 | | | |
| PROCEDIMIENTO Y EQUIPO QUIRURGICO | | | |
| 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 | | Recibe Médico | |
| Enterado Familiar y/o paciente | | Recibi Hospital | |