CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260221230-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/23

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CANALES	MEDINA	ANGEL IVAN	21	2003/07/02	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
RESORT CONDOMINIUMS INTERNATIONAL DE M	2012-0365644	2025/03/31	2025/02/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CANALES	MEDINA	ANGEL IVAN	TITULAR	0000000034638-00	

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

Diagnóstico LESIÓN DE MENISCO MEDIAL + QUISTE PARAMENISCAL RODILLA IZQUIERDA

Clave del Padecimiento: M23-.8

Fecha de Inicio: 2025/09/28

.+.+.+. ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE AL MOVIMIENTO 3 .+.+.+.

Clave Procedimiento: 29882 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA REPACIÓN DE MENISCO MEDIAL +
RESECCIÓN DE QUISTE PARAMENISCAL

DR. SAÚL ZAPATA RIVERA | TTE | CER. 1/3416/25 (TYO)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **301,056.88**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

Nombre del Médico [S]

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

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. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO | NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.
>>> CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA <<<
.+.+. LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA .+.+.
.+.+.+. EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO .+.+.

Lugar y Fecha México D.F. a 23 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