CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260200162-23** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/17

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
TORALES	CHAVEZ	ALFREDO	60	1964/07/12	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
TOTAL BOX, S.A. DE C.V.	2001-0461935	2025/02/01	2017/06/20	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
TORALES	CHAVEZ	ALFREDO	TITULAR	0000065017002-00	

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

Diagnóstico MIOCARDIOPATÍA ISQUÉMICA | INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA | ENFERMEDAD MULTIVASCULAR

Clave del Padecimiento: I42-.9

Fecha de Inicio: 2025/12/27

Clave Procedimiento: 92980 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

CATETERISMO DIAGNÓSTICO + ANGIOPLASTÍA CORONARIA (STENT A DESCENDENTE ANTERIOR)

MT.DR.JESUS ENRIQUE BARRIOS BAQUEIRO - CARDIOLOGÍA CLÍNICA

IC.DR.NEISSER MORALES VICTORINO - CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **309,516.07**

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

CARTA POR GASTOS HOSPITALARIOS (24 AL 27.03.26)
PROCEDE SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO POR CONDICIONES DE PÓLIZA.
MÉDICO DE RED, HONORARIOS CUBIERTOS.
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, NI LOS NO RELACIONADOS.
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA HOSPITALARIA
LA SUMA HOSPITALARIA INCLUYE IVA*

Lugar y Fecha México D.F. a 17 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