CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260227565-03**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
SALAS	TRUJANO	BARBARA GUADALUPE	23	2002/01/13	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
DIBLO CORPORATIVO, S.A. DE C.V.	2001-0755168	2025/12/31	2024/12/03	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
SALAS	TRUJANO	BARBARA GUADALUPE	TITULAR	0000032232757-00	

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

Diagnóstico ESGUINCE MUÑECA DERECHA GRADO II, ESGUINCE CERVICAL GRADO I (CAIDA)

Clave del Padecimiento: W01-

Fecha de Inicio: 2026/03/27

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MÉDICO

DR JORGE CARLOS PAZ SOSA TTE TYO AJUSTE 11974276

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **50,585.33**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

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

SE CUBREN GASTOS HOSPITALARIOS, SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO, HONORARIOS MEDICOS CUBIERTOS. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO. *CARTA DE HOSPITAL INCLUYE IVA*

CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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