CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260212917-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/28

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GALLEGOS	ROMAN	DIANA	41	1984/03/08	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
METOKOTE DE MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.	2012-0269756	2025/07/01	2016/06/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GALLEGOS	ROMAN	DIANA	TITULAR	0000000284494-00	

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

Diagnóstico LIPOMA EN ABDOMEN

Clave del Padecimiento: D21-.4

ESTA CARTA SUSTITUYE EL MOV.04, QUEDANDO ANULADO

Fecha de Inicio: 2025/11/10

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RESECCION DE LIPOMA EN PARED ABDOMINAL

MT.DR.RICARDO ANTONIO SÁNCHEZ ARTEAGA -CG

11406 - 0- 0

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **74,953.83**

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
PROCEDE SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO POR CONDICIONES DE ENDOSO CONTRA TADO.
MÉDICO NO ES DE RED, SE AJUSTA A TABULADOR, HM CUBIERTOS EN MOV.03.
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, NI LOS NO RELACIONADOS.
MONTO FINAL POR GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 28 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