CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01240267430-10** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/31

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LAMAS	OROZCO	ANDREA	31	1992/06/01	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
CIBANCO, S.A. INSTITUCION DE BANCA MUL	2001-0360925	2024/01/01	2024/04/10	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LAMAS	OROZCO	ANDREA	TITULAR	0000000060747-00	

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

Diagnóstico GANGLION EN MUÑECA IZQUIERDA RECIDIVANTE

Clave del Padecimiento: M67-.4

Fecha de Inicio: 2024/07/02

Clave Procedimiento: 25111 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

EXCISION DE GANGLION DE MUÑECA IZQUIERDA RECIDIVANTE POR ARTROSCOPIA Y REPARACIÓN ARTICULAR

DR ERICK SALVADOR GUTIERREZ COTA CPE 12015759 (ORTOPEDIA)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **296,312.72**

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 $ **1,360.90**

Coaseguro **10** %

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 PARA HOSPITAL PROCEDE SIN DEDUCIBLE CON COASEGURO HOSPITALARIO
Y MEDICO DEL 10% ESTE ULTIMO EQUIVALENTE A $1,360.9 EL CUAL SE VERA RE
FLEJADO EN EL RUBRO DEL DEDUCIBLE TOPE DE COASEGURO $54,919.8
*** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***

Lugar y Fecha México D.F. a 31 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