CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260228353-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/30

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
VIDAL	LABRA	ANA GABRIELA	33	1991/12/03		Femenino [X] Masculino [ ]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
COMPAÑIA MINERA ZILAR MENDI, S.A. DE C	2001-0463638	2025/10/15	2019/03/21	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VILLANUEVA	MEJIA	ANTONIO DE JESUS	CONYUGE	0000000000008-03	

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

Diagnóstico QUISTE HEMORRÁGICO ACTIVO DE OVARIO DERECHO | HEMOPERITONEO

Clave del Padecimiento: N83-.0

Fecha de Inicio: 2026/03/30

Clave Procedimiento: 58805 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RESECCIÓN DE QUISTE HEMORRÁGICO DERECHO POR LAPAROSCOPIA + LAVADO

EXTRACCIÓN DE HEMOPERITORNEO

DR. ANGEL ANTONIO LICONA VÁZQUEZ | TTE | CER. 6736 (GYO)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **128,893.08**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [S]

$

$

$

$

$

$

$

$

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **3,566.22**

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. APLICA DEDUCIBLE DE $3,566.22 SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA | 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 30 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