CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260226585-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/03/25

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
URSULO	OLMOS	LORENZO	60	1965/08/10	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GRUPO TELEVISA, S.A.B.	2010-2700078	2026/01/01	1991/06/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
URSULO	OLMOS	LORENZO	TITULAR	0000007725473-00	

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

Diagnóstico

HIPERPLASIA PROSTATICA OBSTRUCTIVA

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO

Clave del Padecimiento: N40-.5

Fecha de Inicio: 2026/02/10

Clave Procedimiento: 52649 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ENUCLEACIÓN DE PROSTATA CON LASER DE HOLMIO HOLEP

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico: N

HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **25,359.00**	SATJ880624IV9
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **7,608.00**	MAHV900609P94
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **5,072.00**	MACA940630CV0
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS
ELABORADA 25/03/2026 VIGENTE POR 30 DIAS
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURA O ENMENDADURAS.

Lugar y Fecha México D.F. a 25 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