CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260226585-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0012	2026/03/30

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 PROSTÁTICA OBSTRUCTIVA

Clave del Padecimiento: N40-.5

Fecha de Inicio: 2026/02/10

Clave Procedimiento: 52649 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LASER DE HOLMIO HOLEP

DR. ANTONIO ESPINOSA FRAGOSO | IC | CER. 07422-23 (MI)

DR. JORGE GERARDO SANDOVAL TÉLLEZ | TTE | CER. 3539-R (URO)

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 INTERCONSULTANTE	**955.00**	FIFA920921H28
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 PARA HONORARIOS MÉDICOS

DR. ANTONIO ESPINOSA FRAGOSO | IC | MI | V.P.O: 31/03/26

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