

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260900257-09

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/04/08	
Nombre del paciente MEZA MORENO ELIZABETH GUADALUPE	Edad 40	Fecha de Nac. 1985/06/09	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIV	No. Póliza 9001-0200916	Vigencia 2025/07/02	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2008/02/29
Asegurado Titular MEZA MORENO ELIZABETH GUADALUPE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 000000331544-00	Teléfono 5540287561
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico 2260900257: ADENOMIOSIS UTERINA		Clave del Padecimiento N80-0	
2260900256: POLIPO ENDOMETRIAL		Fecha de Inicio 2024/09/04	
.+.+. ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE AL MOVIMIENTO 5 .+.+.			
.+.+.+. COMPARTEN GASTOS .+.+.+.		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		58570 - 0- 0	
HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA VAGINAL			
DR. ANGEL ANTONIO LICONA VÁZQUEZ TTE CER. 6736 (GYO)			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 164,338.45		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
	Nombre del Médico		S
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Observaciones		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 33,023.20 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.	
PROCEDE. APLICA DEDUCIBLE DE \$33,023.20 (\$16,511.60P POR SINIESTRO) SIN COASEGURO NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO ACTYAL ESTA CARTA 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 08 de ABRIL 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