CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260227688-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/04/08

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MOYA	VIEYRA	OSVALDO	25	2000/02/02	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
ZARA MEXICO, S.A. DE C.V., EN SU CARAC	2001-0660642	2026/02/01	2018/08/29	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MOYA	VIEYRA	OSVALDO	TITULAR	0000000089766-00	

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

Diagnóstico LUXACION ACROMIOCLAVICULAR ROCKWOOD V + HERIDA EN RODILLA IZQUIERDA

Clave del Padecimiento: S43-.1

Fecha de Inicio: 2026/03/28

Clave Procedimiento: 23550 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

REDUCCION ABIERTA Y FIJACION INTERNA A ARTICULACON ACOMIOCLAVICULAR IZQUIERDA CON PLACA GANCHO

DR. RODOLFO EDUARDO PASTELIN RUIZ (TYO)

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	$ 22,414.00	PARR840803IF4
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ 6,724.00	JIRJ860715MK0
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ 4,483.00	SOFIA E. PASTELIN RUIZ
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 MEDICOS
CARTA VALIDA POR 30 DIAS ELABORADA EL 08/04/2026
CARTA INVALIDADA SI PRESENTA TACHADURAS

Lugar y Fecha México D.F. a 08 de A B R I L 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