CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01170610003-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2026/03/19

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
OLIMAN	VILCHIS	SILVIA	41	1976/01/09	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
OLIMAN VILCHIS SILVIA	6001-0578228	2017/03/28	2007/05/09	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
OLIMAN	VILCHIS	SILVIA	TITULAR	0000000000001-00	

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

Diagnóstico COXARTROSIS BILATERAL DE PREDOMINIO IZQ

SUMA PROXIMA A AGOTARSE

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO

Clave del Padecimiento: M16-.1

Fecha de Inicio: 2026/03/04

Clave Procedimiento: 27130 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ARTROSCOPIA TOTAL DE CADERA IZQUIERDA

DR. PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA | ORTOPEDIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **347,643.00**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

Nombre del Médico [N]

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

Coaseguro **20** %

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 VÁLIDA PARA: GASTOS HOSPITALARIOS
SIN DEDUCIBLE | COASEGURO HOSPITALARIO 20%
SIN COASEGURO MEDICO -TOPADO CON COA HOSP- | TOPE COASEGURO $61,312.00
ELABORADA 19/03/2026 | CARTA VALIDA 30 DÍAS.
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.

Lugar y Fecha México D.F. a 19 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