

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA409

Episodio:1501238889

Paciente: DANIELA OSNAYA PINEDA

Fecha de Ingreso: 11.12.2025

Hora de Ingreso: 17:01:00

Fecha de Egreso : 13.12.2025

Hora de Egreso : 10:21:00

Página: 6 de 6

Fecha: 13.12.2025 Hora: 12:17:01

Compañía: METLIFE MEXICO

Médico: EVERARDO ANTONIO BARRAGAN ROME

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	9,301.46
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	7,631.40
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	719.06
CARGOS CIRUGÍA	57,807.35
CARGOS INSUMOS	86,788.29
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	5,126.54
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	14,297.77
COASEGUROS	14,391.90-
DEDUCIBLES	8,685.28-
DESCUENTO ADMISIÓN	1,488.24-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	1,221.03-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	115.04-
DESCUENTO CIRUGÍA	9,249.18-
DESCUENTO INSUMOS	13,886.16-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	820.25-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	2,287.67-
Importe:	181,671.87
Descuentos:	29,067.57-
Sub-total:	152,604.30
IVA (16,00%) :	20,724.34
Total de Cargos:	173,328.64
Deducible:	8,685.28-
Coaseguro:	14,391.90-
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	150,251.46

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA409

Episodio:1501238889

Paciente: DANIELA OSNAYA PINEDA

Fecha de Ingreso: 11.12.2025

Hora de Ingreso: 17:01:00

Fecha de Egreso : 13.12.2025

Hora de Egreso : 10:21:00

Página: 1 de 2

Fecha: 13.12.2025 Hora: 12:16:28

Compañía: Paciente particular

Médico: EVERARDO ANTONIO BARRAGAN ROME

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
11.12.2025	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	1	7.23	0.00	7.23	1.16	8.39	8.39	18:12	SOAPUSER
11.12.2025	MDF0142092	OMEPRAZOL FCO AMP 40 MG	1	280.58	0.00	280.58	44.89	325.47	333.86	23:38	HMHERNANDEZ
11.12.2025	ADM-100043	USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	1	90.71	0.00	90.71	14.51	105.22	439.08	23:49	HMHERNANDEZ
12.12.2025	2000025357	PROTECTOR ULTRAS 61X91 UPLDPRO 2436 C10	2	176.60	0.00	353.20	56.51	409.71	848.79	02:41	SOAPUSER
12.12.2025	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	2	7.23	0.00	14.46	2.31	16.77	865.56	16:59	SOAPUSER
13.12.2025	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	8,685.28	0.00	8,685.28	1,389.64	10,074.92	10,940.48	12:13	HSALHERNANDE
13.12.2025	COASHPART	SERVICIO HOSPITALARIO COASEGURO CO H	1	14,391.90	0.00	14,391.90	2,302.72	16,694.62	27,635.10	12:14	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	746.18
Descuentos:	0.00
Sub-total:	746.18
IVA(16,00%):	3,811.74
Total de Cargos:	4,557.92
Deducible:	8,685.28
Coaseguro:	14,391.90
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	27,635.10

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250255358-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0011		Fecha de Ingreso 2025/12/08			
Nombre del paciente OSNAYA PINEDA DANIELA				Edad 46		Fecha de Nac. 1978/05/20		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza									
Contratante CIBANCO, S.A. INSTITUCION DE BANCA MUL				No. Póliza 2001-0460925		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/06/17	
Asegurado Titular OSNAYA PINEDA DANIELA				Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000061108-00		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA								Clave del Padecimiento D25-.9	
								Fecha de Inicio 2025/09/20	
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								58570 - 0- 0	
MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA									
Causa del Rechazo SI PROCEDE .									
Importes Autorizados				Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01					
Honorarios Quirúrgicos				Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED					
				Nombre del Médico N					
HONORARIOS DE CIRUJANO				\$ 21,306.00 BARE8510011MA					
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE				\$ 4,261.00 CALV8710079R5					
HONORARIOS DE ANESTESISTA				\$ 6,392.00 FEHL850712D29					
				\$					
				\$					
				\$					
				\$					
				\$					
				\$					
				\$					
				\$					
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00 Coaseguro %									
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 HONORARIOS MÉDICOS ELABORADA 08/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026 ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS									
Lugar y Fecha México D.F. a 08 de DICIEMBRE del 2025									
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			

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250255358-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0005		Fecha de Ingreso 2025/12/08			
Nombre del paciente OSNAYA PINEDA DANIELA				Edad 46		Fecha de Nac. 1978/05/20		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza									
Contratante CIBANCO, S.A. INSTITUCION DE BANCA MUL				No. Póliza 2001-0460925		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/06/17	
Asegurado Titular OSNAYA PINEDA DANIELA				Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000061108-00		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA								Clave del Padecimiento D25-.9	
								Fecha de Inicio 2025/09/20	
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								58570 - 0- 0	
MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA									
Causa del Rechazo SI PROCEDE .									
Importes Autorizados				Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$210,739.43				Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos				Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED				Importes a cargo del Asegurado	
				Nombre del Médico N				Deducible \$ 10,074.92	
								Coaseguro 10 %	
								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 DE ALTA APLICA DEDUCIBLE \$6878.92 COASEGURO HOSPITALARIO Y MEDICO 10% (\$3,196.00)REFLEJADO EN MONTO DE DEDUCIBLE.TOPE DE COASEGURO \$60,000.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADO CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA									
Lugar y Fecha México D.F. a 08 de DICIEMBRE del 2025				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	