

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 02250256416-02

Ultima Fecha de Modificación:

| Datos de la Hospitalización | | | | | |
|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------------|
| Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | | Habitación 0001 | Fecha de Ingreso 2025/12/12 | | |
| Nombre del paciente CASTANON FLORES GABRIELA | | Edad 33 | Fecha de Nac. 1991/11/07 | Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | |
| Datos de la Póliza | | | | | |
| Contratante INMOBILIARIA MOSE, S.A. DE C.V. | | No. Póliza 2001-1329222 | Vigencia 2025/07/01 | Fecha de Alta (afectado) 2019/02/27 | Código (Preexistencia) |
| Asegurado Titular CASTANON FLORES GABRIELA | | Parentesco con el Titular TITULAR | | Certificado 000000000000000000 | Teléfono |
| Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Diagnóstico LESION ANEXA OVARICA IZQUIERDA | | | | | Clave del Padecimiento D39.1 |
| POLIPO ENDOMETRIAL SINIESTRO 3250201987 | | | | | Fecha de Inicio 2025/11/25 |
| *ESTAS CARTAS CANCELAN CARTA 1 Y 2 DE SIN.3250201985,DEJANDOLAS NULA Y SIN VALOR. | | | | | Clave Procedimiento |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico | | | | | 49322 - 0- 0 |
| RESECCIÓN DE LESION DE ANEXO IZQUIERDO VIA LAPAROSCOPICA | | | | | |
| RESECCIÓN DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA | | | | | |
| DR RICARDO SANCHEZ ZAMORA | | | | | |
| Causa del Rechazo SI PROCEDE | | | | | |
| Importes Autorizados | | Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 77,254.00 | | Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Honorarios Quirúrgicos | | Código Tabulador 01 TPD | Negociación SI | Importes a cargo del Asegurado | |
| | | Nombre del Médico N | | Deducible \$ 6,878.92 | |
| | | | | 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 PARA HOSPITAL. PADECIMIENTO CUBIERTO. APLICA DEDUCIBLE (\$ 6878.92MN). POR AMBOS SINIESTROS.NO APLICA COASEGURO, POR ENDOSO. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES O SIN RELACION AL PADECIMIENTO ACTUAL.PRESENTAR INE A SU INGRESO. CARTA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS, CARTA VALIDA POR 30 DIAS A PARTIR DE SU FECHA DE EMISION 12/12/2025. TOPE DE COASEGURO DE \$268,789.2 MN | | | | | |
| Lugar y Fecha México D.F. a 12 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. 02250256416-01

Ultima Fecha de Modificación:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|
| Datos de la Hospitalización | | | | | | | | | |
| Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | | | | Habitación 0130 | | Fecha de Ingreso 2025/12/12 | | | |
| Nombre del paciente CASTANON FLORES GABRIELA | | | Edad 33 | | Fecha de Nac. 1991/11/07 | | Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | |
| Datos de la Póliza | | | | | | | | | |
| Contratante INMOBILIARIA MOSE, S.A. DE C.V. | | | | No. Póliza 2001-1329222 | | Vigencia 2025/07/01 | | Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2019/02/27 | |
| Asegurado Titular CASTANON FLORES GABRIELA | | | Parentesco con el Titular TITULAR | | Certificado 000000000000000000 | | Teléfono | | |
| Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Diagnóstico LESION ANEXA OVARICA IZQUIERDA | | | | | | | | Clave del Padecimiento D39.1 | |
| POLIPO ENDOMETRIAL SINIESTRO 3250201987 | | | | | | | | Fecha de Inicio 2025/11/25 | |
| *ESTAS CARTAS CANCELAN CARTA 1 Y 2 DE SIN.3250201985,DEJANDOLAS NULA Y SIN VALOR. | | | | | | | | Clave Procedimiento | |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico | | | | | | | | 49322 - 0- 0 | |
| RESECCIÓN DE LESION DE ANEXO IZQUIERDO VIA LAPAROSCOPICA | | | | | | | | | |
| RESECCIÓN DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA | | | | | | | | | |
| DR RICARDO SANCHEZ ZAMORA | | | | | | | | | |
| Causa del Rechazo SI PROCEDE . | | | | | | | | | |
| Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01 | | | | | | | | 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 <input checked="" type="checkbox"/> N | | | | | | | | Deducible \$.00 | |
| HONORARIOS DE CIRUJANO 19,574.00 RICARDO SANCHEZ ZAMORA | | | | | | | | Coaseguro % | |
| HONORARIOS DE ANESTESISTA 5,872.00 - | | | | | | | | 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. | |
| HONORARIOS 1ER. AYUDANTE 3,915.00 - | | | | | | | | IMPORTANTE: El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos. | |
| HONORARIOS 2DO. AYUDANTE 1,957.00 - | | | | | | | | | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| CARTA DE HONORARIOS MEDICOS. FAVOR DE MANDAR NOMBRE COMPLETO Y RFC DEL RESTO DEL EQUIPO QUIRURGICO PARA TABULACION. CARTA ELABORADA EL 12/12/2025, VALIDA POR 30 DIAS. | | | | | | | | | |
| Lugar y Fecha México D.F. a 12 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 | | | | | | | | | |