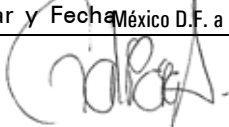


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 03250204621-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	Fecha de Ingreso 2025/12/11			
Nombre del paciente NUNEZ	BARCENAS	MARIANA	Edad 20	Fecha de Nac. 2004/01/17	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza					
Contratante TELEVISA, S. DE R.L. DE C.V.	No. Póliza 2010-0400671	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) 2020/02/04	Código (Preexistencia)	
Asegurado Titular NUNEZ	CEDENO	JERONIMO	Parentesco con el Titular HIJO (A)	Certificado 0000006903430-02	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico					Clave del Padecimiento
QUISTE SIMPLE DE OVARIO IZQUIERDO					N83-2
					Fecha de Inicio
					2025/10/28
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO					Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico					49322 - 0- 0
RESECCION DE QUISE SIMPLE OVARIO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA					
Causa del Rechazo	SI PROCEDE				
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 77,254.00				
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Nombre del Médico	S	Importes a cargo del Asegurado	
\$				Deducible \$ 6,311.40	
\$				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 PARA GASTOS HOSPITALARIOS APLICA CON DEDUCIBLE 4,000 CON COASEGURO HOSPITALARIO 10% CON COASEGURO MEDICO 10% 2311.4 REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE CON TOPE DE COASEGURO 12,000 ELABORADA EL 11/12/2025, VIGENTE AL 01/01/2026 ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURA O ENMENDADURAS NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS					
Lugar y Fecha México D.F. a 11 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		