

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		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
Asegurado Titular NUNEZ CEDENO		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			
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 Negociación 01 TPD SI RED	
		Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$ 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 Méjico 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	