

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	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	Parentesco con el Titular TITULAR Certificado 00000000000000000000 Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico LESION ANEXA OVARIKA 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.		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		
RESECCIÓN DE LESION DE ANEXO IZQUIERDO VIA LAPAROSCOPICA		Clave Procedimiento 49322 - 0- 0
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	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI Nombre del Médico N \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$
		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Importes a cargo del Asegurado		
Deductible \$ 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 EMISIÓN 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	Edad 33	Fecha de Nac. 1991/11/07

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 0000000000000008-00	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
----------------------	---	------------------------

Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED	Importes a cargo del Asegurado
------------------------	----------------------------	-------------------	-----	--------------------------------

HONORARIOS DE CIRUJANO	19,574.00	Nombre del Médico N RICARDO SANCHEZ ZAMORA	Deducible \$.00
HONORARIOS DE ANESTESISTA	5,872.00	-	Coaseguro %
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	3,915.00	-	
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	1,957.00	-	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

Procede la Reclamación

Si No **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 nacido,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 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