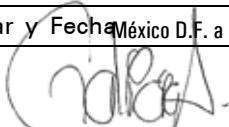


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO
Folio No.000000 Inicial SI NO
SINIESTRO No. 01250608525-04
Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0130 Fecha de Ingreso 2025/12/03	
Nombre del paciente AVILA FLORES	Edad 34	Fecha de Nac. 1991/05/20 Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza			
Contratante ANA LESLIE AVILA FLORES		No. Póliza 6001-1322670 Vigencia 2025/05/31 Fecha de Alta (afectado) 2022/05/31 Código (Preexistencia)	
Asegurado Titular AVILA FLORES	ANA LESLIE	Parentesco con el Titular TITULAR Certificado 000000000001-00 Teléfono 5569674619	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA Y EXTERNA			
ESTA CARTA SUSTITUYE MOVIMIENTO 03, EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR			
PARA HACER VALIDA ESTA CARTA ES INDISPENSABLE ENVIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRECTAMENTE REQUISITADO AL INGRESO HOSPITALARIO (FECHA DE ELABORACIÓN A PUÑO Y LETRA COMO SE INDICA EN FORMATO)			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
HEMORROIDEKTOMIA INTERNA Y EXTERNA DE 3 PAQUETES			
GUILLERMO COLIN ROJAS 10974898			
Causa del Rechazo	SI PROcede		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED	
Nombre del Médico S			
HONORARIOS DE CIRUJANO 19,832.00 GUII FRMO COLIN ROJAS			
HONORARIOS DE ANESTESISTA 5,950.00 -			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE 3,966.00 -			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$.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 EL 03/12/25, VIGENCIA 31/12/25 // PARA TABULAR AL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, FAVOR DE INGRESAR NOMBRE Y RFC. // CARTA INVÁLIDA EN CASO DE TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS. // METLIFE NO CUBRIRÁ DIFERENCIAS EN HONORARIOS MÉDICOS. //			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 03 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