

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 ANA LESLIE	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) Código (Preexistencia) 2022/05/31
Asegurado Titular AVILA FLORES ANA LESLIE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 00000000000001-00	Teléfono 5569674619
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA Y EXTERNA		Clave del Padecimiento 184- 2	
ESTA CARTA SUSTITUYE MOVIMIENTO 03. EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR		Fecha de Inicio 2025/04/01	
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)		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		46255 - 0- 0	
HEMORROIDECTOMIA INTERNA Y EXTERNA DE 3 PAQUETES			
GUILLERMO COLIN ROJAS 10974898			
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 Deducible \$.00 Coaseguro %		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 19,832.00	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 DE ANESTESISTA \$ 5,950.00	IMPORTANTE: El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 3,966.00			
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 México 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