

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250285425-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/11/10	
Nombre del paciente CABALLERO GUERRERO DANIEL	Edad 27	Fecha de Nac. 1998/01/27	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante EVO PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE C.V	No. Póliza 2001-0271393	Vigencia 2025/09/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/10/24
Asegurado Titular CABALLERO GUERRERO DANIEL	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0001000479172-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b> RUPTURA POSTRAUMATICA DE DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR.		<b>Clave del Padecimiento</b>	
		M51-1	
		<b>Fecha de Inicio</b>	
		2025/10/12	
		<b>Clave Procedimiento</b>	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		63030 - 0- 0	
LAMINECTOMIA L4-L5 FORAMINOTOMIA + RESECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL			
L4-L5 VIDEOASISTIDA + LIBERACION DE RAICES + DESCOMPRESION CON			
NEUROMONITOREO TRANSOPERATORIO.			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01		<b>Procede la Reclamación</b>	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
.01 TPD SI RED		<b>Importes a cargo del Asegurado</b>	
Nombre del Médico N		Deducible \$ .00	
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 39,279.00 CAFI880901017	Coaseguro %	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 11,784.00 MAGDALENA RIO DE LA LOZA	<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 7,856.00 FERNANDO LARA TORRES	Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.	
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	\$ 3,928.00 MAGZ880905F48	<b>IMPORTANTE:</b>	
	\$	El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
<b>Observaciones</b>			
CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS			
ELABORADA 10/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.			
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
Lugar y Fecha México D.F. a 10 de NOVIEMBRE 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