

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250282318-06

Ultima Fecha de Modificación:

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Datos de la Hospitalización | | |
| Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | Habitación 0130 | Fecha de Ingreso 2025/11/14 |
| Nombre del paciente TORRES FALCON | Edad 34 | Fecha de Nac. 1990/09/12 |
| Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Datos de la Póliza | | |
| Contratante ATENTO SERVICIOS, S.A. DE C.V. | No. Póliza 2001-1032529 | Vigencia 2025/01/01 |
| Asegurado Titular TORRES FALCON | Parentesco con el Titular TITULAR | Certificado 0000000011483-00 |
| Teléfono 5521190366 | | |
| Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> | Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> |
| Diagnóstico CERVICALGIA POR COMPLEJO OSTEOFITICO DEL SEGMENTO C4-C5 Y DATOS DE DISCOPATIA C5-C6 + SX FACETARIO CERVICAL DOLOROSO | | |
| Clave del Padecimiento M54-2 | | |
| Fecha de Inicio 2025/10/01 | | |
| Clave Procedimiento | | |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico | | |
| BLOQUE DE NERVIOS FACETARIOS CERVICALES C3,C4,C5 BILATERAL Y C6, C7 | | |
| LADO IZQUIERDO | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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 \$ 6,759.00 PFNS810321SB6 | | |
| HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 2,028.00 RUHA940413TOA | | |
| HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 1,352.00 1ER AYUDANTE | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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 14/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS. | | |
| ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Lugar y Fecha Méjico D.F. a 14 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 |