

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250282318-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/11/14	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
TORRES FALCON MONSERRAT ELENA	34	1990/09/12	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
ATENTO SERVICIOS, S.A. DE C.V.	2001-1032529	2025/01/01	2017/10/01
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
TORRES FALCON MONSERRAT ELENA	TITULAR	0000000011483-00	5521190366
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico			Clave del Padecimiento
CERVICALGIA POR COMPLEJO OSTEOFITICO DEL SEGMENTO C4-C5 Y DATOS DE			M54-2
DISCOPATIA C5-C6 + SX FACETARIO CERVICAL DOLOROSO			Fecha de Inicio
			2025/10/01
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			64640 - 0- 0
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 Negociación
			01 TPD 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	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
Observaciones			Procede la Reclamación
CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ELABORADA 14/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.			Importes a cargo del Asegurado
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			Deducible \$.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.
Lugar y Fecha México 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