CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01250282318-07**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2025/11/14

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
TORRES	FALCON	MONSERRAT ELENA	34	1990/09/12	Femenino	X
					Masculino	

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 [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

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: 64640 - 0- 0

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 $**347,643.00**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	S

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **1,013.90**

Coaseguro **10** %

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 GASTOS HOSPITALARIOS
NO APLICA DEDUCIBLE / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% /
COASEGURO MEDICO 10% ($1,013.90) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /
TOPE DE COASEGURO $30,000.00
ELABORADA 14/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS

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