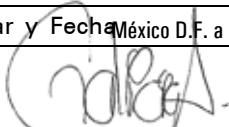


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02250254084-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/12/10
Nombre del paciente ROSALES LOPEZ	Edad 38	Fecha de Nac. 1986/02/17
KAREN JUDITH	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Datos de la Póliza</b>		
Contratante ATENTO SERVICIOS, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-1032529	Vigencia 2025/01/01
Asegurado Titular ROSALES LOPEZ	Parentesco con el Titular TITULAR	
KAREN JUDITH	Certificado 0000000171907-00	
Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> DISPLASIA CERVICAL		
Clave del Padecimiento N87-0		
Fecha de Inicio 2025/09/05		
Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		
FOTOVAPORIZACION LASER.		
Causa del Rechazo SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI
		RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 6,310.00 BARF8510011MA		
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 1,893.00 LILIANA FERNANDEZ HDZ		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 1,262.00 IAES901216458		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>		
Deductible \$ .00		
Coaseguro %		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b> Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.		
<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>		
<b>CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS</b>		
ELABORADA 10/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026		
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS		
Lugar y Fecha México D.F. a 10 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