

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250254084-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0001		Fecha de Ingreso 2025/12/10			
Nombre del paciente ROSALES LOPEZ KAREN JUDITH			Edad 38		Fecha de Nac. 1986/02/17		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Datos de la Póliza									
Contratante ATENTO SERVICIOS, S.A. DE C.V.		No. Póliza 2001-1032529		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) 2024/03/08		Código (Preexistencia)	
Asegurado Titular ROSALES LOPEZ KAREN JUDITH			Parentesco con el Titular TITULAR			Certificado 0000000171907-00		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>		Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>		Embarazo <input type="checkbox"/>					
Diagnóstico DISPLASIA CERVICAL						Clave del Padecimiento			
						N87-0			
						Fecha de Inicio			
						2025/09/05			
						Clave Procedimiento			
						57513 - 0- 0			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico									
FOTOVAPORIZACION LASER.									
Causa del Rechazo SI PROCEDE									
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 52,667.00									
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación									
01 TPD SI RED									
Nombre del Médico N									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Importes a cargo del Asegurado									
Deducible \$ 11,265.38									
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									
APLICA DEDUCIBLE DE \$10,318.38 / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% /									
COASEGURO MEDICO 10% (\$947.00) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /									
TOPE DE COASEGURO \$30,000.00									
ELABORADA 10/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026									
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS									
Lugar y FechaMéxico 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			