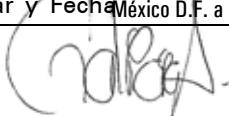


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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	Edad 38	Fecha de Nac. 1986/02/17	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	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/03/08
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
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 01 TPD	Negociación SI	RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$ 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 Fecha Méjico 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