

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250282318-09

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	Fecha de Ingreso 2025/12/11
Nombre del paciente TORRES FALCON	Edad 34	Fecha de Nac. 1990/09/12
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
Asegurado Titular TORRES FALCON	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000011483-00
Teléfono 5521190366		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
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
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 01 TPD	Negociación SI
	RED	
	Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S	
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
Procede la Reclamación		
Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
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 11/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026		
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS		
Lugar y Fecha México D.F. a 11 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