

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 MONSERRAT ELENA	Edad 34	Fecha de Nac. 1990/09/12	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) Código (Preexistencia) 2017/10/01
Asegurado Titular TORRES FALCON MONSERRAT ELENA	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		Clave del Padecimiento	
CERVICALGIA POR COMPLEJO OSTEOFITICO DEL SEGMENTO C4-C5 Y DATOS DE		M54-2	
DISCOPATIA C5-C6 + SX FACETARIO CERVICAL DOLOROSO		Fecha de Inicio 2025/10/01	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		64640 - 0- 0	
BLOQUE DE NERVIOS FACETARIOS CERVICALES C3,C4,C5 BILATERAL Y C6, C7			
LADO IZQUIERDO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados		Procede la Reclamación	
Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$347,643.00		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos		Importes a cargo del Asegurado	
Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Deducible \$ 1,013.90	
	RED	Coaseguro 10 %	
Nombre del Médico	S	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