

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250249190-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2025/12/19	
Nombre del paciente BASTIDA SANCHEZ	Edad 39	Fecha de Nac. 1985/11/05	
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>			
Datos de la Póliza			
Contratante BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1033582	Vigencia 2025/01/01	
Asegurado Titular BASTIDA SANCHEZ	Parentesco con el Titular TITULAR		
Certificado 0001010916052-00		Teléfono 7131142434	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico FIMOSIS + BALANOPOSTITIS			
Clave del Padecimiento N48- 1			
Fecha de Inicio 2025/04/10			
Clave Procedimiento			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
PLASTIA DE PREPUCIO LASER + CIRCUNCISION.			
JORGE GERARDO SANDOVAL TELLEZ 11538487			
Causa del Rechazo	SI PROcede .		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	
		RED	
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
HONORARIOS DE CIRUJANO <u>5,415.00</u> SATJ80624IV9			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE <u>1,083.00</u> MACA940630CV0			
HONORARIOS DE ANESTESISTA <u>1,625.00</u> MAHV900609P94			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deductible \$.00			
Coaseguro %			
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 DE HONORARIOS MEDICOS			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 19 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