

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250282318-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	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 Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado	
Nombre del Médico S		Deducible \$.00	
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 6,759.00 PENS810321SB6	Coaseguro %	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 2,028.00 RUHA940413TOA	Gastos no cubiertos por la póliza:	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 1,352.00 1ER AYUDANTE	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 HONORARIOS MÉDICOS			
ELABORADA 11/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026			
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
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

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250282318-11

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	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	
EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO		2025/10/01	
AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO			
		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	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$399,568.46	Procede la Reclamación	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador Negociación	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado	
	Nombre del Médico S	Deducible \$ 1,013.90	
\$		Coaseguro 10 %	
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Observaciones		Gastos no cubiertos por la póliza:	
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA.		Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.	
NO APLICA DEDUCIBLE / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% /		IMPORTANTE:	
COASEGURO MEDICO 10% (\$1,013.90) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /		El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife	
TOPE DE COASEGURO \$30,000.00.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO		México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.	
RELACIONADOS.CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.			
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		Recibe Médico	
Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital	