



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	Edad 34	Fecha de Nac. 1990/09/12
MONSERRAT ELENA	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
Contratante Asegurado Titular TORRES FALCON	No. Póliza 2001-1032529	Vigencia 2025/01/01
Parentesco con el Titular TITULAR	Código (Preexistencia) 0000000011483-00	Fecha de Alta (afectado) 2017/10/01
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		
EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO		
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		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED		
Nombre del Médico S		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Importes a cargo del Asegurado		
Deductible \$ 1,013.90		
Coaseguro 10 %		
Gastos no cubiertos por la póliza: Diferencia de cuarto estándar, excedente de impuesto 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 ALTA HOSPITALARIA.		
NO APlica DEDUCIBLE / APlica COASEGURO HOSPITALARIO 10% /		
COASEGURO MEDICO 10% (\$1,013.90) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /		
TOPE DE COASEGURO \$30,000.00.NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO 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		Enterado Familiar y/o paciente
Recibi Hospital		Recibe Médico