



CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250292124-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/12/18
Nombre del paciente VALDEZ RAMIREZ	Edad 38	Fecha de Nac. 1986/09/05
YOLANDA PATRICIA	Sexo	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza		
Contratante AON RISK SOLUTIONS AGENTE DE SEGUROS Y	No. Póliza 2001-2809582	Vigencia 2025/01/01
Contratante AON RISK SOLUTIONS AGENTE DE SEGUROS Y	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia) 2016/07/25
Asegurado Titular VALDEZ RAMIREZ	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000716426-00
YOLANDA PATRICIA	Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA		
Clave del Padecimiento D25-9		
Fecha de Inicio 2020/12/01		
Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		
MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		
DR MARCO ANTONIO LÓPEZ SALAS CP 3872884		
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 <input type="checkbox"/> 25,502.00 <input type="checkbox"/> DR MARCO ANTONIO LÓPEZ S.		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE <input type="checkbox"/> 5,100.00 <input type="checkbox"/> AYUDANTE		
HONORARIOS DE ANESTESISTA <input type="checkbox"/> 7,651.00 <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS		
ELABORADA 18-12-2025 VIGENTE 01-01-2026		
ESTA CARTA SE INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS		
ESTA CARTA CANCELA Y DEJA SIN VALOR A CARTA 2		
Lugar y Fecha  Méjico D.F. a 18 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