

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260201047-02

Ultima Fecha de Modificación:

| | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------|
| Datos de la Hospitalización | | | | |
| Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | Habitación 0011 | Fecha de Ingreso 2026/01/05 | | |
| Nombre del paciente ORTEGA VELAZQUEZ | Edad 46 | Fecha de Nac. 1978/05/17 | | |
| Datos de la Póliza | Sexo | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Contratante AT&T COMUNICACIONES DIGITALES, S. DE R | No. Póliza 2012-1034202 | Vigencia 2025/03/01 | Fecha de Alta (afectado) 2014/03/08 | Código (Preexistencia) |
| Asegurado Titular ORTEGA VELAZQUEZ | EDGAR ALEJANDRO | Parentesco con el Titular TITULAR | Certificado 0000000655249-00 | Teléfono |
| Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> | Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> | Embarazo <input type="checkbox"/> | | |
| Diagnóstico ENFERMEDAD DIVERTICULAR | | | | |
| Clave del Padecimiento K57-1 | | | | |
| Fecha de Inicio 2026/01/05 | | | | |
| Clave Procedimiento | | | | |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico | | | | |
| TRATAMIENTO MEDICO | | | | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | |
| Causa del Rechazo | SI PROCEDE . | | | |
| Importes Autorizados | Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01 | | | |
| Honorarios Quirúrgicos | Código Tabulador | Negociación | Procede la Reclamación | |
| | 01 TPD | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N | | | | |
| HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO <u>2,335.00</u> <u>SAAR8506132T4</u> | | | | |
| VISITAS MEDICAS 1 <u>3,458.00</u> <u>SAAR8506132T4</u> | | | | |
| Importes a cargo del Asegurado | | | | |
| Deductible \$.00 | | | | |
| Coaseguro % | | | | |
| Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos | | | | |
| 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 DR.RICARDO ANTONIO SÁNCHEZ ARTEAGA CX GRAL-TRATANTE URGENCIA 05/01/2026 + VISITAS 06-07/01/2026 | | | | |
| Lugar y Fecha México D.F. a 05 de E N E R O del 2026 | | | | |
| Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | |
| Gerente Pago Directo GMM | | Enterado Familiar y/o paciente | Recibi Hospital | Recibe Médico |