

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01260203950-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/12	
Nombre del paciente FRANCO FLORES	Edad 20	Fecha de Nac. 2004/05/17	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
ITZEL ALESSANDRA			
Datos de la Póliza			
Contratante AT&T COMUNICACIONES DIGITALES, S. DE R	No. Póliza 2001-1133061	Vigencia 2025/03/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2019/06/20
Asegurado Titular FLORES OSORIO	Parentesco con el Titular HIJO (A)		Certificado 0000001029964-01
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico		Clave del Padecimiento	
APENDICITIS		K35-9	
TAC ABDOMINAL		Fecha de Inicio	
DATOS QUE SUGIEREN APENDICITIS.		2026/01/12	
SEVERA COPROESTASIS Y DILATACIÓN DE COLON SIGMOIDES POR			
ABUNDANTE MATERIAL DE RESIDUO.			
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		44970 - 0- 0	
SALINAS OCAMPO CHRISTIAN LUIS CP 8519017			
Causa del Rechazo		SI PROCEDE	
Importes Autorizados		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01	
Honorarios Quirúrgicos		Código Tabulador Negociación	
01 TPD		SI	
		RED	
		Nombre del Médico	
		N	
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 22,031.00	SAOC89020411 6	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 4,406.00	LIRE921016G71	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 6,609.00	NOGM8210169V0	
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	\$ 2,335.00	SAOC89020411 6	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
		Procede la Reclamación	
		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Importes a cargo del Asegurado	
		Deducible \$.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			
SALINAS OCAMPO CHRISTIAN LUIS			
ATENCION EN URGENCIAS + PROCEDIMIENTO			
Lugar y Fecha		México D.F. a 12 de ENERO del 2026	
		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	