

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260600198-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0130 Fecha de Ingreso 2026/01/19
Nombre del paciente MARTINEZ	CEDILLO	Edad 66 Fecha de Nac. 1959/01/16 Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
BLANCA ESTELA		
Datos de la Póliza		
Contratante BLANCA ESTELA MARTINEZ CEDILLO		No. Póliza 6001-1330277 Vigencia 2025/06/19 Fecha de Alta (afectado) 2000/03/01 Código (Preexistencia)
Asegurado Titular MARTINEZ	CEDILLO	Parentesco con el Titular TITULAR Certificado 0000000000001-00
BLANCA ESTELA		Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico		
DESGARRO DE SUPRAESPINOSO DE HOMBRO DERECHO		Clave del Padecimiento M75.-9
		Fecha de Inicio 2026/01/02
		Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		
		29807 - 0- 0
PLASTIA DE MUSCULO SUPRAESPINOSO + CONDOPLATIA + LESION DE HILLS		
SACHS POR VIA ARTROSCOPICA		
DR ENRIQUE HANFF LARA BARRAGAN		
Causa del Rechazo	SI PROcede .	
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
HONORARIOS DE CIRUJANO 31,358.00 HALE7803199C8		
HONORARIOS DE ANESTESISTA 9,407.00 ANESTESIOLOGO		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE 6,272.00 1ER AYUDANTE		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
Procede la Reclamación		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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 PARA TABULACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS		
ELABORADA 19/01/2026, CARTA VÁLIDA POR 30 DÍAS.		
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 19 de E N E R O 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