

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260208236-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/02/09	
Nombre del paciente ALONSO SANCHEZ EDUARDO OLIVER	Edad 36	Fecha de Nac. 1988/02/24	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante CONSUBANCO, S.A., INSTITUCION DE BANCA	No. Póliza 2001-1136396	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/12/10
Asegurado Titular CASILLAS GARCIA MARIANA	Parentesco con el Titular CONYUGE	Certificado 000000000627-01	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico DR.MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO	Clave del Padecimiento K81-1		
	Fecha de Inicio 2026/01/10		
	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico LAPAROSCOPIA QUIRURGICA -COLECISTECTOMIA MT.DR.MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO (CIRUGÍA GENERAL)	47562 - 0- 0		
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 25,551.00 VESM870608ON6	Coaseguro %		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 5,110.00 AJLA880524BR8	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos		
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE \$ 2,555.00 VAZQUEZ MARTINEZ OSCAR	Gastos no cubiertos por la póliza:		
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 7,665.00 ZFAC850429CH4	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.MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO PROCEDIMIENTO			
Lugar y Fecha México D.F. a 09 de FEBRERO 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