CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI [ ] NO [X]

SINIESTRO No. **02260210623-07** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/03/25

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LOPEZ	SORIANO	SANDRA VANESSA	29	1996/09/03	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
MERCANTIL CUAUTITLAN, S.A. DE C.V.	2001-0271935	2026/01/07	2024/09/22	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LOPEZ	SORIANO	SANDRA VANESSA	TITULAR	0000000000019-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico LITIASIS URETERAL IZQUIERDA RESUELTA Y CATÉTER JJ IZQUIERDO

Clave del Padecimiento: N10-.2

Fecha de Inicio: 2026/03/09

Clave Procedimiento: 52310 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

URETEROSCOPIA IZQUIERDA Y RETIRO DE CATETER JJ IZQUIERDO

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 N
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **11,452.00**	GACC870930934
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **3,436.00**	ANESTESIOLOGO
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **2,290.00**	1ER AYUDANTE
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

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 VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS
ELABORADA 25/03/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

Lugar y Fecha México D.F. a 25 de M A R Z 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