

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250254317-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2025/12/02	
Nombre del paciente QUEZADA GARCIA GEOVANNI	Edad 27	Fecha de Nac. 1997/06/19	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante TARJETAS BANAMEX, S.A. DE C.V. SOFOM E	No. Póliza 2001-0559677	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/05/13
Asegurado Titular QUEZADA GARCIA GEOVANNI	Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0001011191492-00
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico LUMBALGIA POSTRAUMATICA			Clave del Padecimiento M54-5
++++SE DA COBERTURA PARA EVENTO EN AGUDO DE PADECIMIENTO RECLAMADO, EN CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO INGRESAR TRAMITE VIA PROGRAMACION PARA SU DICTAMEN++++			Fecha de Inicio 2025/12/02
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			99221 - 0- 0
MEDICO HOSPITALARIO			
SE CUBRE ATENCION INICIAL COMO ACCIDENTE, ESTUDIO DE IMAGEN EVIDENCIA DATOS DE CRONICIDAD, EN FUTURAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARA APERTURA DE NUEVO SINIESTRO Y MANEJO COMO ENFERMEDAD			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación	
	01 TPD	SI	RED
VISITAS MEDICAS 1	\$ 3,458.00	Nombre del Médico	S PEREZ NAZAR SINUHE ROBERT
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
Procede la Reclamación			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Importes a cargo del Asegurado			
Deducible \$.00
Coaseguro			%
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. SINUHE ROBERTO PEREZ NAZAR -MT/CX COLUMNA- TAB ATENCION INICIAL + VISITA 02-03/12/2025			
Lugar y Fecha México D.F. a 02 de DICIEMBRE del 2025		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