

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250285425-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/11/10	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
CABALLERO GUERRERO DANIEL	27	1998/01/27	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
EVO PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE C.V	2001-0271393	2025/09/01	2022/10/24
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CABALLERO GUERRERO DANIEL	TITULAR	0001000479172-00	
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> RUPTURA POSTRAUMATICA DE DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR.			<b>Clave del Padecimiento</b>
			M51-1
			<b>Fecha de Inicio</b>
			2025/10/12
			<b>Clave Procedimiento</b>
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			63030 - 0- 0
LAMINECTOMIA L4-L5 FORAMINOTOMIA + RESECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL			
L4-L5 VIDEOASISTIDA + LIBERACION DE RAICES + DESCOMPRESION CON			
NEUROMONITOREO TRANSOPERATORIO.			
Causa del Rechazo			SI PROCEDE
<b>Importes Autorizados</b>			Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>			Código Tabulador Negociación
			01 TPD SI RED
			Nombre del Médico N
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 39,279.00	CAFI880901017	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 11,784.00	MAGDALENA RIO DE LA LOZA	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 7,856.00	FERNANDO LARA TORRES	
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	\$ 3,928.00	MAGZ880905F48	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
			<b>Procede la Reclamación</b>
			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			<b>Importes a cargo del Asegurado</b>
			Deducible \$ .00
			Coaseguro %
			<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>
			Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.
			<b>IMPORTANTE:</b>
			El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.
<b>Observaciones</b>			
CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS			
ELABORADA 10/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.			
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
Lugar y Fecha		México D.F. a 10 de NOVIEMBRE 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