

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250249190-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2025/12/19	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
BASTIDA SANCHEZ CARLOS	39	1985/11/05	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	2001-1033582	2025/01/01	2020/04/01
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
BASTIDA SANCHEZ CARLOS	TITULAR	0001010916052-00	7131142434
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico FIMOSIS + BALANOPOSTITIS			Clave del Padecimiento
			N48-1
			Fecha de Inicio
			2025/04/10
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			54161 - 0- 0
PLASTIA DE PREPUCIO LASER + CIRCUNCISION.			
JORGE GERARDO SANDOVAL TELLEZ 11538487			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación	
	01 TPD	SI	RED
		Nombre del Médico	N
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 5,415.00	SATJ880624IV9	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 1,083.00	MACA940630CVO	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 1,625.00	MAHV900609P94	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
Observaciones			Procede la Reclamación
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS			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.
Lugar y Fecha México D.F. a 19 de DICIEMBRE del 2025			Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición
Gerente Pago Directo GMM			Recibe Médico
Enterado Familiar y/o paciente			
Recibi Hospital			