

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250260751-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2025/12/21	
Nombre del paciente GONZALEZ LOPEZ ARTURO	Edad 25	Fecha de Nac. 1999/09/17	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante PREMIUM RESTAURANT BRANDS, S. DE R.L.	No. Póliza 2001-0657298	Vigencia 2025/07/30	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/11/19
Asegurado Titular GONZALEZ LOPEZ ARTURO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000504345-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico EX UNIMALEOLAR DE TOBILLO DERECHO		Clave del Padecimiento	
RX		S82-5	
FRACTURA OBLICUA TRANSINDESMAL DEL PERONÉ DISTAL DERECHO CON		Fecha de Inicio	
APERTURA DE LA SINDESMOSIS Y ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO MEDIAL		2025/12/21	
SUGESTIVA DE LESIÓN DEL LIGAMENTO DELTOIDEO			
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		27814 - 0- 0	
REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA A TOBILLO DERECHO CON PLACA			
ANATÓMICA DE TITANIO Y TORNILLERÍA 3.5 Y 4.0 MAS CIERRE DE SINDESMOSIS			
MAS PLASTIA DE LIGAMENTO DELTOIDEO.			
DR. SAUL VARGAS Y NAVARRO TYO CP 11255538			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01		Procede la Reclamación	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
.01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado	
Nombre del Médico N		Deducible \$.00	
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 23,651.00 VANS830321763		Coaseguro %	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 4,730.00 RIBR830410DV1		Gastos no cubiertos por la póliza:	
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 7,095.00 CADY601112MR8		Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes	
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO \$ 2,335.00 VANS830321763		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. SAUL VARGAS Y NAVARRO TYO CP 11255538			
Lugar y Fecha México D.F. a 21 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