

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01250292124-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/12/18	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
VALDEZ RAMIREZ YOLANDA PATRICIA	38	1986/09/05	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
AON RISK SOLUTIONS AGENTE DE SEGUROS Y	2001-2809582	2025/01/01	2016/07/25
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VALDEZ RAMIREZ YOLANDA PATRICIA	TITULAR	0000000716426-00	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA			Clave del Padecimiento
			D25-.9
			Fecha de Inicio
			2020/12/01
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			58545 - 0- 0
MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
DR MARCO ANTONIO LÓPEZ SALAS CP 3872884			
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	\$ 25,502.00 DR MARCO ANTONIO LÓPEZ S	Coaseguro %	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 5,100.00 AYUDANTE	Gastos no cubiertos por la póliza:	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 7,651.00 ANESTESIOLOGO	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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS			
ELABORADA 18-12-2025 VIGENTE 01-01-2026			
ESTA CARTA SE INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
ESTA CARTA CANCELA Y DEJA SIN VALOR A CARTA 2			
Lugar y Fecha México D.F. a 18 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