

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260201047-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/05	
Nombre del paciente ORTEGA VELAZQUEZ EDGAR ALEJANDRO	Edad 46	Fecha de Nac. 1978/05/17	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante AT&T COMUNICACIONES DIGITALES, S. DE R	No. Póliza 2012-1034202	Vigencia 2025/03/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2014/03/08
Asegurado Titular ORTEGA VELAZQUEZ EDGAR ALEJANDRO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000655249-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico ENFERMEDAD DIVERTICULAR	Clave del Padecimiento		
	K57-1		
	Fecha de Inicio		
	2026/01/05		
	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico	99221 - 0- 0		
TRATAMIENTO MEDICO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.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		
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 2,335.00 SAAR8506132T4	Deducible \$.00		
VISITAS MEDICAS 1 3,458.00 SAAR8506132T4	Coaseguro %		
	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos		
	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. RICARDO ANTONIO SÁNCHEZ ARTEAGA CX GRAL-TRATANTE			
URGENCIA 05/01/2026 + VISITAS 06-07/01/2026			
Lugar y Fecha México D.F. a 05 de ENERO del 2026		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