

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01260203950-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/12	
Nombre del paciente FRANCO FLORES	Edad 20	Fecha de Nac. 2004/05/17	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
ITZEL ALESSANDRA			
Datos de la Póliza			
Contratante AT&T COMUNICACIONES DIGITALES, S. DE R	No. Póliza 2001-1133061	Vigencia 2025/03/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2019/06/20
Asegurado Titular FLORES OSORIO	Parentesco con el Titular HIJO (A)	Certificado 0000001029964-01	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico APENDICITIS			Clave del Padecimiento K35-9
TAC ABDOMINAL			Fecha de Inicio 2026/01/12
DATOS QUE SUGIEREN APENDICITIS.			
SEVERA COPROESTASIS Y DILATACIÓN DE COLON SIGMOIDES POR			
ABUNDANTE MATERIAL DE RESIDUO.			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			44970 - 0- 0
SALINAS OCAMPO CHRISTIAN LUIS CP 8519017			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00	
Nombre del Médico N		Coaseguro %	
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 22,031.00 SAOC89020411 6	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 4,406.00 LIRE921016G71	Gastos no cubiertos por la póliza:	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 6,609.00 NOGM8210169V0	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 SAOC89020411 6	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			
SALINAS OCAMPO CHRISTIAN LUIS			
ATENCION EN URGENCIAS + PROCEDIMIENTO			
Lugar y Fecha México D.F. a 12 de ENERO del 2026		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	