CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01250608525-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/12/03

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
AVILA	FLORES	ANA LESLIE	34	1991/05/20	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
ANA LESLIE AVILA FLORES	6001-1322670	2025/05/31	2022/05/31	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
AVILA	FLORES	ANA LESLIE	TITULAR	00000000000001-00	5569674619

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico ENFERMEDAD HEMORROIDAL INTERNA Y EXTERNA

ESTA CARTA SUSTITUYE MOVIMIENTO 03, EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR

PARA HACER VALIDA ESTA CARTA ES INDISPENSABLE ENVIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRECTAMENTE REQUISITADO AL INGRESO HOSPITALARIO (FECHA DE ELABORACIÓN A PUÑO Y LETRA COMO SE INDICA EN FORMATO)

Clave del Padecimiento: I84-.2

Fecha de Inicio: 2025/04/01

Clave Procedimiento: 46255 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

HEMORROIDECTOMIA INTERNA Y EXTERNA DE 3 PAQUETES

GUILLERMO COLIN ROJAS 10974898

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ .01

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD | Negociación: SI | RED

		Nombre del Médico [S]
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ 19,832.00	GUILLERMO COLIN ROJAS
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ 5,950.00	-
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ 3,966.00	-
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

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.

Observaciones

CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS. // ELABORADA EL 03/12/25, VIGENCIA 31/12/25 // PARA TABULAR AL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, FAVOR DE INGRESAR NOMBRE Y RFC. // CARTA INVÁLIDA EN CASO DE TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS. // METLIFE NO CUBRIRÁ DIFERENCIAS EN HONORARIOS MÉDICOS. //

Lugar y Fecha México D.F. a 03 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