

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250254084-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización										
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0001		Fecha de Ingreso 2025/12/10				
Nombre del paciente ROSALES LOPEZ KAREN JUDITH			Edad 38		Fecha de Nac. 1986/02/17		Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
Datos de la Póliza										
Contratante ATENTO SERVICIOS, S.A. DE C.V.			No. Póliza 2001-1032529		Vigencia 2025/01/01		Fecha de Alta (afectado) 2024/03/08		Código (Preexistencia)	
Asegurado Titular ROSALES LOPEZ KAREN JUDITH			Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000171907-00		Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>										
Diagnóstico DISPLASIA CERVICAL								Clave del Padecimiento		
								N87-0		
								Fecha de Inicio		
								2025/09/05		
								Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								57513 - 0- 0		
FOTOVAPORIZACION LASER.										
Causa del Rechazo SI PROCEDE										
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 52,667.00										
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación										
01 TPD SI RED										
Nombre del Médico N										
\$										
\$										
\$										
\$										
\$										
\$										
\$										
\$										
Procede la Reclamación										
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Importes a cargo del Asegurado										
Deducible \$ 11,265.38										
Coaseguro 10 %										
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 GASTOS HOSPITALARIOS										
APLICA DEDUCIBLE DE \$10,318.38 / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% /										
COASEGURO MEDICO 10% (\$947.00) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /										
TOPE DE COASEGURO \$30,000.00										
ELABORADA 10/12/2025 / CARTA VIGENTE AL 01/01/2026										
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS										
Lugar y FechaMéxico D.F. a 10 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		