

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01250299932-04

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/12/17	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
REYES HERNANDEZ JORGE ABRAHAM	38	1986/10/17	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
AT&T COMUNICACIONES DIGITALES, S. DE R	2001-1133061	2025/03/01	2015/04/16
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
REYES HERNANDEZ JORGE ABRAHAM	TITULAR	0000000715779-00	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES			Clave del Padecimiento
FAVOR DE PRESENTAR LOS RFC DEL EQUIPO MÉDICO COMPLETO AL MOMENTO DEL			J34- 2
INGRESO PARA TABULACIÓN DE HONORARIOS.			Fecha de Inicio
			2025/10/30
			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			30520 - 0- 0
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA			
DR. ALDO ESTRADA HERRERA CP. 11963498 OTORRINOLARINGOLOGÍA			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01			Procede la Reclamación
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
.01 TPD SI RED			<b>Importes a cargo del Asegurado</b>
Nombre del Médico N			Deducible \$ .00
HONORARIOS DE CIRUJANO	20,261.00	FAHA8306186K9	Coaseguro %
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	4,052.00	PRIMER AYUDANTE	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	6,078.00	ANESTESIOLOGO	
Observaciones			<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>
CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS.			Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.
ELABORADA 17/12/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DÍAS. ESTA CARTA QUEDA			<b>IMPORTANTE:</b>
INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.			El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.
Lugar y Fecha México D.F. a 17 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