

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260200492-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso			
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/12/30			
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>
BONILLA AGUILERA MONICA FERNANDA	28	1996/11/25	Masculino	<input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza					
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)	
BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	2001-1033582	2025/01/01	2022/05/01		
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono		
BONILLA AGUILERA MONICA FERNANDA	TITULAR	0001011339144-00	5613443204		
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico				Clave del Padecimiento	
QUISTE SIMPLE DE ANEXO IZQUIERDO				N83-2	
				Fecha de Inicio	
				2025/11/10	
				Clave Procedimiento	
				58662 - 0- 0	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico					
CISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA					
DR EVERARDO ANTONIO BARRAGAN ROMERO GYO CP 10369441					
Causa del Rechazo	SI PROCEDE				
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01					
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación					
01 TPD SI RED					
Nombre del Médico N					
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 18,340.00	BARE8510011MA			
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 5,502.00	FEHL850712D29			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 3,668.00	CALV8710079R5			
	\$				
	\$				
	\$				
	\$				
	\$				
	\$				
	\$				
	\$				
	\$				
Procede la Reclamación					
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS					
ELABORADA EL 30/12/2025 / VALIDA POR 30 DÍAS NATURALES					
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS					
** PARA TABULAR AL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, FAVOR DE INGRESAR					
NOMBRE Y RFC **					
Lugar y Fecha México D.F. a 30 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	