

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250251429-10

Ultima Fecha de Modificación:

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Datos de la Hospitalización</b>  |   |   |   |
| Hospital<br>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES  | Habitación<br>0011  | Fecha de Ingreso<br>2025/12/21  |   |
| Nombre del paciente<br>TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO  | Edad<br>32  | Fecha de Nac.<br>1992/06/11   | Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| <b>Datos de la Póliza</b>   |   |   |   |
| Contratante<br>BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.   | No. Póliza<br>2001-1033582  | Vigencia<br>2025/01/01  | Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)<br>2022/02/01                           |
| Asegurado Titular<br>TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO  | Parentesco con el Titular<br>TITULAR  | Certificado<br>0001011307218-00   | Teléfono  |
| Causa del Internamiento<br>Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>  |   |   |   |
| <b>Diagnóstico</b> LESIÓN NERVIO RADIAL / NO CONSOLIDACIÓN DE HUMERO DERECHO  |   | Clave del Padecimiento<br>S42-3   |   |
|   |   | Fecha de Inicio<br>2025/06/22   |   |
|   |   |   |   |
|   |   | Clave Procedimiento   |   |
| <b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>  |   | 25310 - 0- 0  |   |
| TRANSPOSICIÓN TENDINOSA DE EXTENSORES DE MUÑECA DERECHA, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS (TORNILLO DISTAL DE CLAVO DE HUMERO), CURETAJE Y APLICACIÓN DE MATRIZ Y CHIPS OSEOS DE DONANTE / COLOCACIÓN DE PLACA |   |   |   |
| CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323  |   |   |   |
| Causa del Rechazo<br>SI PROCEDE   |   |   |   |
| <b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01   | <b>Procede la Reclamación</b><br>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |   |
| <b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación<br>01 TPD SI RED   | <b>Importes a cargo del Asegurado</b><br>Deducible \$ .00<br>Coaseguro %                            |   |   |
| <b>HONORARIOS DE CIRUJANO</b> \$ 19,156.00  | Nombre del Médico N   | <b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b><br>Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. |   |
| <b>HONORARIOS DE ANESTESISTA</b> \$ 5,747.00  | CARLOS URIBE SALOMA   | <b>IMPORTANTE:</b><br>El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.  |   |
| <b>HONORARIOS 1ER. AYUDANTE</b> \$ 3,831.00   | IVAN CONTRERAS DELFIN   |   |   |
| <b>HONORARIOS 2DO. AYUDANTE</b> \$ 1,916.00   | GERMAN ITURRIAGA BARCENAS   |   |   |
|   | CLAUDIA ALVAREZ SANCHEZ   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| <b>Observaciones</b>  |   |   |   |
| CARTA DE HONORARIOS   |   |   |   |
| DR. CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323  |   |   |   |
| 1. ATENCION QUIRURGICA 21 DICIEMBRE 2025  |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Lugar y Fecha México D.F. a 21 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   |

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250251429-09

Ultima Fecha de Modificación:

| Datos de la Hospitalización   |   |  |                                   |  |
|---|---|--|-----------------------------------|--|
| Hospital  | Habitación  | Fecha de Ingreso   |                                   |  |
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES  | 0005  | 2025/12/21   |                                   |  |
| Nombre del paciente   | Edad  | Fecha de Nac.  | Sexo                              | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>  |
| TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO   | 32  | 1992/06/11   |                                   |  |
| 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   | 2022/02/01                        |  |
| Asegurado Titular   | Parentesco con el Titular                             | Certificado  | Teléfono                          |  |
| TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO   | TITULAR   | 0001011307218-00   |                                   |  |
| Causa del Internamiento   | Accidente <input checked="" type="checkbox"/>         | Enfermedad <input type="checkbox"/>  | Embarazo <input type="checkbox"/> |  |
| Diagnóstico LESIÓN NERVIOS RADIAL / NO CONSOLIDACIÓN DE HUMERO DERECHO  |   |  |                                   | Clave del Padecimiento   |
|   |   |  |                                   | S42-3  |
|   |   |  |                                   | Fecha de Inicio  |
|   |   |  |                                   | 2025/06/22   |
|   |   |  |                                   |  |
|   |   |  |                                   | Clave Procedimiento  |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico   |   |  |                                   | 25310 - 0- 0   |
| TRANSPOSICIÓN TENDINOSA DE EXTENSORES DE MUÑECA DERECHA, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS (TORNILLO DISTAL DE CLAVO DE HUMERO), CURETAJE Y APLICACIÓN DE MATRIZ Y CHIPS OSEOS DE DONANTE / COLOCACIÓN DE PLACA |   |  |                                   |  |
| CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323  |   |  |                                   |  |
| Causa del Rechazo   | SI PROCEDE  |  |                                   |  |
| Importes Autorizados  | Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$473,829.10 |  |                                   | Procede la Reclamación   |
| Honorarios Quirúrgicos  | Código Tabulador                                      | Negociación  |                                   | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |
|   | 01 TPD  | SI   | RED                               | Importes a cargo del Asegurado   |
|   |   | Nombre del Médico  | N                                 | Deducible \$ .00   |
|   | \$  |  |                                   | Coaseguro %  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
|   | \$  |  |                                   |  |
| Observaciones   |   |  |                                   | Gastos no cubiertos por la póliza:   |
| CARTA HOSPITAL  |   |  |                                   | Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. |
| // NO APLICA DEDUCIBLE. // NO APLICA COASEGURO HOSPITALARIO   |   |  |                                   | IMPORTANTE:  |
| // TOPE DE COASEGURO: \$5,500.00 // NO APLICA COASEGURO MEDICO.   |   |  |                                   | El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.   |
| // NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS. //  |   |  |                                   |  |
| +++ ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE AL MOVIMIENTO 07 +++   |   |  |                                   |  |
| *** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***  |   |  |                                   |  |
| Lugar y Fecha   |   | México D.F. a 21 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  |