



## 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 HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2025/12/21
Nombre del paciente TORRES JUAREZ	Edad 32	Fecha de Nac. 1992/06/11
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Datos de la Póliza</b>		
Contratante BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1033582	Vigencia 2025/01/01
Asegurado Titular TORRES JUAREZ	Parentesco con el Titular ERIKA ROCIO	Certificado TITULAR
Causa del Internamiento 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 S42-3		
Fecha de Inicio 2025/06/22		
Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		
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 .	
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
HONORARIOS DE CIRUJANO	19,156.00	CARLOS URIBE SALOMA
HONORARIOS DE ANESTESISTA	5,747.00	IVAN CONTRERAS DELFIN
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	3,831.00	GERMAN ITURRIAGA BARCENAS
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	1,916.00	CLAUDIA ALVAREZ SANCHEZ
Deducible \$ .00		
Coaseguro %		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b> Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.		
<b>IMPORTANTE:</b> El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.		
Observaciones		
CARTA DE HONORARIOS		
DR. CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323		
1. ATENCION QUIRURGICA 21 DICIEMBRE 2025		
Lugar y Fecha Méjico 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:

<b>Datos de la Hospitalización</b>		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/21
Nombre del paciente TORRES JUAREZ	Edad 32	Fecha de Nac. 1992/06/11
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Datos de la Póliza</b>		
Contratante BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1033582	Vigencia 2025/01/01
Asegurado Titular TORRES JUAREZ	Parentesco con el Titular ERIKA ROCIO	Certificado TITULAR
Causa del Internamiento 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 S42-3		
Fecha de Inicio 2025/06/22		
Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		
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 .	
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$473,829.10	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI
RED		
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>		
Deductible \$ .00		
Coaseguro %		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b> Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.		
<b>IMPORTANTE:</b> El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.		
<b>Observaciones</b>		
CARTA HOSPITAL		
NO APlica DEDUCIBLE. // NO APlica COASEGURO HOSPITALARIO		
TOPE DE COASEGURO: \$5,500.00 // NO APlica COASEGURO MEDICO.		
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