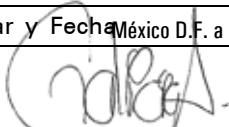


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260201802-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/10	
Nombre del paciente ARENAS TORRES	MICHELLE MAYRYM	Edad 18	Fecha de Nac. 2006/08/01
			Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante SCANIA COMERCIAL, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0559666	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2016/12/20
Asegurado Titular TORRES VILLA	MIRIAM	Parentesco con el Titular HIJO (A)	Certificado 0000000001061-03
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico CAIDA DE ESCALERAS//POLITRAUMATISMO			
RMN LUMBAR,INCREMENTO EN LA LORDOSIS LUMBAR (EN DECÚBITO) ACOMPAÑADA			Clave del Padecimiento W11-
DE UNA CURVA VERTEBRAL LATERAL CON ACTITUD IZO CON VERT L3			Fecha de Inicio 2026/01/10
CANAL LUMBAR Y FORAMINAL ESTRECHO EN L5-S1 DEBIDO A LA			
PRESENCIA DE UN ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERO-FORAMINAL			
PRESENCIA DE PROTRUSIONES DISCALES POSTERO-FORAMINALES A NVEL L3-L5			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
RMN CERVICAL RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS CERVICAL			
***SE AUTORIZA TRATAMIENTO MEDICO,EN CASO DE REALIZAR PROCEDIMIENTO			
QUIRURGICO ESTE QUEDARA A CARGO DE NUESTRO ASEGURADO,EN CASO DE REQUERIR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA			
PROGRAMADA Y SERA SOMETIDO A UN NUEVO DICTAMEN MEDICO***			
JESUS ARTURO VIOLANTE VILLANUEVA NEUROLOGIA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 76,241.85		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador <u>01 TPD</u>	Negociación <u>SI</u>	Procede la Reclamación <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Nombre del Médico <u>N</u>	Importes a cargo del Asegurado
		\$ _____	Deducible \$.00
		\$ _____	Coaseguro %
		\$ _____	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos
		\$ _____	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 DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO			
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
Lugar y Fecha  México D.F. a 10 de Enero del 2026	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