

## 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 Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
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
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico CAIDA DE ESCALERAS//POLITRAUMATISMO			Clave del Padecimiento W11-
RMN LUMBAR.INCREMENTO EN LA LORDOSIS LUMBAR (EN DECÚBITO) ACOMPAÑADA			Fecha de Inicio 2026/01/10
DE UNA CURVA VERTEBRAL LATERAL CON ACTITUD IZO CON VERT L3			
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			99221 - 0- 0
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 REQUE-			
RIR 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		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado
	Nombre del Médico	RED	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