

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02260201802-02

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	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"/> <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Datos de la Póliza</b>			
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"/>	
<b>Diagnóstico</b> CAIDA DE ESCALERAS//POLITRAUMATISMO			
RMN LUMBAR,INCREMENTO EN LA LORDOSIS LUMBAR (EN DECÚBITO) ACOMPAÑADA 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			Clave del Padecimiento W11-
PRESENCIA DE PROTRUSIONES DISCALES POSTERO-FORAMINALES A NVEL L3-L5			Fecha de Inicio 2026/01/10
			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
RMN CERVICAL RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS CERVICAL			99221 - 0- 0
***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 VIOLENTE VILLANUEVA NEUROLOGIA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			<b>Importes a cargo del Asegurado</b>
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 5,793.00 <input type="checkbox"/> VIVJ580615I74			Deducible \$ .00
\$			Coaseguro %
\$			Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos
\$			<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>			
<b>CARTA DE HONORARIOS MEDICOS</b>			
JESUS ARTURO VIOLENTE VILLANUEVA			
ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 10 de E N E R O 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