CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **02250259379-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/18

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LUNA	VILLAVICENCIO	ESTELA	30	1994/12/23	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
OSER CAPITAL, S.A. DE C.V.	2001-0268104	2025/01/25	2023/06/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LUNA	VILLAVICENCIO	ESTELA	TITULAR	0000000000469-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico LUMBLAGIA POSTRAUMATICA CON RADICULOPATIA

HERNIA DISCAL EXTRUIDA L-L5, L5-S1

Clave del Padecimiento: M51-.1

Fecha de Inicio: 2025/11/28

Clave Procedimiento: 63030 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

DISCECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL EXTRACCION DE HERNIA DE DISCO LUMBAR, LAMINECTOMIA PARCIAL, FLAVECTOMIA Y DESCOMPRESION RADICULAR L4-L5, L5-S1 13/01/2026

DR ERIK FRANCISCO RODRIGUEZ PIÑON TYO 14523251

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $**1,178,066.14**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **6,878.92**

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

PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE DE $6,878.92 SIN COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. <<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>

CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 18 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