

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02250259379-01

Ultima Fecha de Modificación:

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Datos de la Hospitalización</b>   |  |  |   |  |
| Hospital<br>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES   | Habitación<br>0130   | Fecha de Ingreso<br>2025/12/18   |   |  |
| Nombre del paciente<br>LUNA VILLAVICENCIO  | Edad<br>30   | Fecha de Nac.<br>1994/12/23  |   |  |
| Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> Femenino   | <input type="checkbox"/> Masculino                           |  |   |  |
| <b>Datos de la Póliza</b>  |  |  |   |  |
| Contratante<br>OSER CAPITAL, S.A. DE C.V.  | No. Póliza<br>2001-0268104                                   | Vigencia<br>2025/01/25   | Fecha de Alta (afectado)<br>2023/06/01  | Código (Preexistencia)   |
| Asegurado Titular<br>LUNA VILLAVICENCIO  | Parentesco con el Titular<br>ESTELA TITULAR                  |  | Certificado<br>000000000469-00  |  |
| Teléfono   |  |  |   |  |
| Causa del Internamiento<br>Accidente <input type="checkbox"/>                                      | Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>               | Embarazo <input type="checkbox"/>  |   |  |
| <b>Diagnóstico</b> LUMBLAGIA POSTRAUMATICA CON RADICULOPATIA<br>HERNIA DISCAL EXTRUIDA L-L5, L5-S1 |  |  | Clave del Padecimiento<br>M51-1   |  |
|  |  |  | Fecha de Inicio<br>2025/11/28   |  |
| *PROCEDA EN SINIESTRO COMO ENFERMEDAD YA QUE ESTUDIO TIENE<br>DATOS DE CRONICIDAD*                 |  |  | Clave Procedimiento   |  |
| <b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>   |  |  | 63030 - 0- 0  |  |
| DISCECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL EXTRACCION DE HERNIA DE DISCO LUMBAR,                             |  |  |   |  |
| LAMINECTOMIA PARCIAL, FLAVECTOMIA Y DESCOMPRESION RADICULAR L4-L5,                                 |  |  |   |  |
| L5-S1  |  |  |   |  |
| DR ERIK FRANCISCO RODRIGUEZ PIÑON TYO 14523251   |  |  |   |  |
| Causa del Rechazo  | SI PROcede   |  |   |  |
| <b>Importes Autorizados</b>  | Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01 |  | <b>Procede la Reclamación</b>   |  |
| <b>Honorarios Quirúrgicos</b>  | Código Tabulador<br>01 TPD                                   | Negociación<br>SI  | RED   | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N   |  |  | <b>Importes a cargo del Asegurado</b>   |  |
| HONORARIOS DE CIRUJANO   | 42,213.00  | ROPF860426AF5  | Deducible \$ .00  |  |
| HONORARIOS DE ANESTESISTA  | 12,664.00  | GUVA890228CS7  | Coaseguro %   |  |
| HONORARIOS 1ER. AYUDANTE   | 8,443.00   | RAJA841108MS1  | Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos  |  |
| HONORARIOS 2DO. AYUDANTE   | 4,221.00   | 2DO AYUDANTE   | <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 PARA HONORARIOS MEDICOS</b>   |  |  |   |  |
| <b>CARTA VALIDA POR 30 DIAS ELABORADA EL 18/12/2025</b>  |  |  |   |  |
| <b>CARTA INVALIDADA SI PRESENTA TACHADURAS</b>   |  |  |   |  |
| Lugar y Fecha<br>Méjico 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  |