

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260202475-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso			
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/14			
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>
HERNANDEZ DIAZ JOSELINNE	25	1999/10/27	Masculino	<input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza					
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)	
NR FINANCE SERVICES, S.A. DE C.V.	2012-1230673	2025/03/31	2022/10/17		
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono		
HERNANDEZ DIAZ JOSELINNE	TITULAR	0000000210158-00			
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico				Clave del Padecimiento	
HERNIA LUMBAR EXTRUIDA				M54-5	
				Fecha de Inicio	
				2026/01/14	
				Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico				99221 - 0- 0	
TRATAMIENTO MEDICO					
***RMN REVELA DATOS DE					
PADECIMIENTO CRONICO, PADECIMIENTO SUJETO A SEGUNDA VALORACION, FUTURA					
S RECLAMACIONES DEBERAN INGRESAR POR CIRUGIA PROGRAMADA, SE VALORARÁ					
APERTURA DE NUEVO SINIESTRO Y MANEJO COMO ENFERMEDAD**					
Causa del Rechazo	SI PROCEDE				
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 43,582.80					
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación	Procede la Reclamación		
	01 TPD	SI	RED	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Nombre del Médico		N	Importes a cargo del Asegurado	
	\$			Deducible \$ 3,439.46	
	\$			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 \$3,439.46 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			Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición		
México D.F. a 14 de ENERO del 2026					
Gerente Pago Directo GMM		Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital	
				Recibe Médico	