

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260202475-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/14	
Nombre del paciente HERNANDEZ DIAZ	Edad 25	Fecha de Nac. 1999/10/27	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante NR FINANCE SERVICES, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-1230673	Vigencia 2025/03/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/10/17
Asegurado Titular HERNANDEZ DIAZ	JOSELINNE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000210158-00
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo	Teléfono
Diagnóstico HERNIA LUMBAR EXTRUIDA			Clave del Padecimiento M54-5
			Fecha de Inicio 2026/01/14
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
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 <u>01 TPD</u>	Negociación <u>SI</u>	Procede la Reclamación <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Nombre del Médico <u>N</u>	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 Méjico D.F. a 14 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