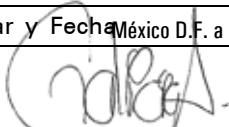


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260202475-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	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
Asegurado Titular HERNANDEZ DIAZ	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000210158-00
Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
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 \$.01	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación
	01 TPD	SI
		RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 2,335.00 <input type="checkbox"/> PASJ890909808		
VISITAS MEDICAS 1 \$ 1,729.00 <input type="checkbox"/> PASJ890909808		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
Procede la Reclamación		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Importes a cargo del Asegurado		
Deductible \$.00		
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		
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS		
DR. JORGE CARLOS PAZ SOSA ORTOPEDIA- GTRATANTE		
URGENCIA 14/01/2026 + VISITA 15/01/2026		
Lugar y Fecha México D.F. a 14 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