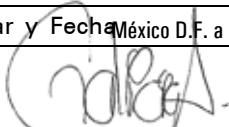


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250259739-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/08	
Nombre del paciente URRUTIA CAMACHO	Edad 39	Fecha de Nac. 1986/01/22	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
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) 2024/11/20
Asegurado Titular URRUTIA CAMACHO	WALTER ISIDRO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000428077-00
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Teléfono
Diagnóstico			
HERNIA INGUINAL DERECHA			Clave del Padecimiento K40-9
			Fecha de Inicio 2025/11/03
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
PLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA CON COLOCACION DE MALLA			49650 - 0- 0
DR JOSE CARLOS FERNANDEZ GARRIDO			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 160,547.51		
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			
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE CON DEDUCIBLE \$3439.46 SIN COASEGURO			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
Lugar y Fecha  México D.F. a 08 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