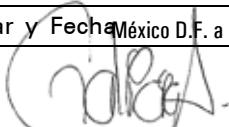


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**
**Folio No.000000 Inicial SI  NO** 
**SINIESTRO No. 02250259739-02**
**Ultima Fecha de Modificación:**

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2026/01/08
Nombre del paciente URRUTIA	CAMACHO	Edad 39	Fecha de Nac. 1986/01/22
		Sexo Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante NR FINANCE SERVICES, S.A. DE C.V.		No. Póliza 2012-1230673	Vigencia 2025/03/31
Asegurado Titular URRUTIA		WALTER ISIDRO	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/11/20
		Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000428077-00
		Embarazo	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Diagnóstico</b>			
HERNIA INGUINAL DERECHA			
K40-9			
Fecha de Inicio 2025/11/03			
<b>Clave del Padecimiento</b>			
Clave Procedimiento			
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
49650 - 0- 0			
PLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSOCPIA CON COLOCACION DE MALLA			
DR JOSE CARLOS FERNANDEZ GARRIDO			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b>		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Código Tabulador		Negociación	
01 TPD		SI	
		RED	
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			
HONORARIOS DE CIRUJANO <input type="checkbox"/> 24,662.00 <input type="checkbox"/> FFGC8402183C2			
HONORARIOS DE ANESTESISTA <input type="checkbox"/> 7,399.00 <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE <input type="checkbox"/> 4,932.00 <input type="checkbox"/> 1ER AYUDANTE			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deductible \$ .00			
Coaseguro %			
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos			
<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 TABULACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS</b>			
ELABORADA 08/01/2026, CARTA VÁLIDA POR 30 DÍAS.			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 08 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	