

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260215443-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/18	
Nombre del paciente LECONA AYALA AIDME ALEXA	Edad 30	Fecha de Nac. 1995/02/11	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante STRIPE PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE	No. Póliza 2001-0559346	Vigencia 2025/05/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/04/21
Asegurado Titular LECONA AYALA AIDME ALEXA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000127451-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico HERNIA LUMBAR L3-L4,L4-L5,L5-S1 -LUMBALGIA POSTRAUMATICA *LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*	Clave del Padecimiento M54-5 Fecha de Inicio 2026/02/18 Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico MÉDICO HOSPITALARIO **SE CUBRE ATENCION INICIAL COMO ACCIDENTE, ESTUDIO DE IMAGEN EVIDENCIA DATOS DE CRONICIDAD, EN FUTURAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARA APERTURA DE NUEVO SINIESTRO Y MANEJO COMO ENFERMEDAD, EN CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO FAVOR DE INGRESAR TRAMITE VIA PROGRAMACION**	99221 - 0- 0		
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 46,378.97	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED Nombre del Médico N	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.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 PARA GASTOS DE HOSPITAL PROCEDE PAGO APLICA SIN DEDUCIBLE , SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO. ***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA***			
Lugar y Fecha México D.F. a 18 de FEBRERO 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