CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260215443-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/02/18

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LECONA	AYALA	AIDME ALEXA	30	1995/02/11	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
STRIPE PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE	2001-0559346	2025/05/01	2025/04/21	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LECONA	AYALA	AIDME ALEXA	TITULAR	0000000127451-00	

Causa del Internamiento Accidente [X] Enfermedad [ ] Embarazo [ ]

Diagnóstico HERNIA LUMBAR L3-L4,L4-L5,L5-S1
-LUMBALGIA POSTRAUMATICA

Clave del Padecimiento: M54-.5

Fecha de Inicio: 2026/02/18

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

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 TRA-
TAMIENTO QUIRURGICO FAVOR DE INGRESAR TRAMITE VIA PROGRAMACION**

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico: N

HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	$ 4,064.00	JORGE CARLOS PAZ SOSA
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

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 DE HONORARIOS MEDICOS
DR. JORGE CARLOS PAZ SOSA -MT/TYO-
TAB ATENCION URGENCIAS + VISITA 18-19/02/2026

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