CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260231511-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/04/09

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
BERNACHI	GUZMAN	FRANCISCO MIGUEL	34	1991/07/31	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
IPG MEDIA BRANDS COMMUNICATIONS, S.A.	2001-2113900	2026/01/01	2021/07/26	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
BERNACHI	GUZMAN	FRANCISCO MIGUEL	TITULAR	0001000343516-00	

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

Diagnóstico LUMBALGIA + DOLOR CIÁTICO

Clave del Padecimiento: M54-.4

EMG: RADICULOPATÍA MODERADA L5-S1 IZQUIERDA CON UN COMPROMISO RADICULAR DEL 60%.

Fecha de Inicio: 2026/04/09

RM: L5-S1 CON HERNIA DE DISCO TIPO EXTRUSION POSTERIOR PREDOMINIO IZQUIERDO CON CONTACTO RADICULAR

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

99221 - 0- 0

MANEJO MÉDICO.

DR. SINUHE PEREZ NAZAR.

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

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

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD — Negociación: NO — RED

	Nombre del Médico	N
VISITAS MEDICAS 1	$ 3,458.00 PENS810321SB6	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 HONORARIOS || NO CUBRE DIFERENCIAS, AUN POR VÍA REEMBOLSO.

DR. SINUHE PEREZ NAZAR| ATN 09-10/04

Lugar y Fecha México D.F. a 09 de A B R I L 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