

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260231511-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/04/09	
Nombre del paciente BERNACHI GUZMAN FRANCISCO MIGUEL	Edad 34	Fecha de Nac. 1991/07/31	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante IPG MEDIA BRANDS COMMUNICATIONS, S.A.	No. Póliza 2001-2113900	Vigencia 2026/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/07/26
Asegurado Titular BERNACHI GUZMAN FRANCISCO MIGUEL	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0001000343516-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
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. **PROCEDE COMO ENFERMEDAD DE ACUERDO A DATOS COMPATIBLES POR IMAGEN. DE RERQUERIR EVENTO QUIRÚRGICO DE ACUERDO A EVOLUCIÓN DE PADECIMIENTO EN LO SUBSECUENTE, DEBERÁ INGRESAR POR PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA, SIENDO IMPROCEDENTE CUALQUIER INGRESO POR URGENCIAS SIN PREVIA PROGRAMACIÓN. DR. SINUHE PEREZ NAZAR.			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 59,945.88	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador 01 TPD Negociación NO 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 HOSPITAL APLICA SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO, TOPE DE COASEGURO 30,000.00 POR ENDOSO. NO CUBRE DIFERENCIA DE HONORARIO, GASTO PEROSNAL O SIN RELACIÓN A PADECIMIENTO. SUMA AUTORIZADA A HOSPITAL INCLUYE IVA CIERRE DE CUENTA POR EGRESO.			
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