

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250261519-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización																																																		
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso																																																
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2025/12/15																																																
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	<input type="checkbox"/>																																													
DIAZ ALVAREZ YAEL OSVALDO	29	1995/10/19	Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>																																														
Datos de la Póliza																																																		
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)																																														
YAEL OSVALDO DIAZ ALVAREZ	2006-0072001	2025/01/01	2020/03/02																																															
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono																																															
DIAZ ALVAREZ YAEL OSVALDO	TITULAR	000000000001-00																																																
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo																																															
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Diagnósticos				Clave del Padecimiento																																														
SÍNDROME URÉMICO Y ANÉMICO, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 5 EN				R68-8																																														
HEMODIÁLISIS, INSUFICIENCIA CARDIACA NYHA III, AHA C,				Fecha de Inicio																																														
SÍNDROME CARDIORENAL TIPO 4				2025/12/15																																														
GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA																																																		
				Clave Procedimiento																																														
				99221 - 0- 0																																														
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico																																																		
MEDICO																																																		
FRANCISCO JAVIER VEGA PINKNEY NEFROLOGÍA MTTE																																																		
JOSE ANTONIO OLMOS DE LA TORRE IC																																																		
Causa del Rechazo SI PROCEDE																																																		
<table border="0"> <tr> <td><b>Importes Autorizados</b></td> <td>Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$</td> <td>.01</td> </tr> <tr> <td><b>Honorarios Quirúrgicos</b></td> <td>Código Tabulador</td> <td>Negociación</td> </tr> <tr> <td></td> <td>01 TPD</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>RED</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nombre del Médico</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td><b>HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO</b></td> <td>12,709.00</td> <td>VFPE881217R07</td> </tr> <tr> <td><b>HONORARIOS INTERCONSULTANTE</b></td> <td>6,685.00</td> <td>OOTA900419JB7</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$	.01	<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador	Negociación		01 TPD	SI			RED		Nombre del Médico	N	<b>HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO</b>	12,709.00	VFPE881217R07	<b>HONORARIOS INTERCONSULTANTE</b>	6,685.00	OOTA900419JB7																								
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$	.01																																																
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador	Negociación																																																
	01 TPD	SI																																																
		RED																																																
	Nombre del Médico	N																																																
<b>HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO</b>	12,709.00	VFPE881217R07																																																
<b>HONORARIOS INTERCONSULTANTE</b>	6,685.00	OOTA900419JB7																																																
<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ .00 Coaseguro %																																															
<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.																																																		
Observaciones																																																		
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS																																																		
FRANCISCO JAVIER VEGA PINKNEY																																																		
ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA																																																		
JOSE ANTONIO OLMOS DE LA TORRE																																																		
IC																																																		
Lugar y Fecha México D.F. a 15 de DICIEMBRE del 2025			Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición																																															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Gerente Pago Directo GMM</div> <div>Enterado Familiar y/o paciente</div> <div>Recibi Hospital</div> <div>Recibe Médico</div> </div>																																																		