

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250251429-10

Ultima Fecha de Modificación:

|   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <b>Datos de la Hospitalización</b>  |                                      |   |  |
| Hospital<br>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES  | Habitación<br>0011                   | Fecha de Ingreso<br>2025/12/21  |  |
| Nombre del paciente<br>TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO  | Edad<br>32                           | Fecha de Nac.<br>1992/06/11   | Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> |
| <b>Datos de la Póliza</b>   |                                      |   |  |
| Contratante<br>BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.   | No. Póliza<br>2001-1033582           | Vigencia<br>2025/01/01  | Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)<br>2022/02/01                              |
| Asegurado Titular<br>TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO  | Parentesco con el Titular<br>TITULAR | Certificado<br>0001011307218-00   | Teléfono   |
| Causa del Internamiento<br>Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>  |                                      |   |  |
| <b>Diagnóstico</b> LESIÓN NERVIO RADIAL / NO CONSOLIDACIÓN DE HUMERO DERECHO  |                                      | Clave del Padecimiento<br>S42-3   |  |
|   |                                      | Fecha de Inicio<br>2025/06/22   |  |
|   |                                      |   |  |
|   |                                      | Clave Procedimiento   |  |
| <b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>  |                                      | 25310 - 0- 0  |  |
| TRANSPOSICIÓN TENDINOSA DE EXTENSORES DE MUÑECA DERECHA, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS (TORNILLO DISTAL DE CLAVO DE HUMERO), CURETAJE Y APLICACIÓN DE MATRIZ Y CHIPS OSEOS DE DONANTE / COLOCACIÓN DE PLACA |                                      |   |  |
| CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323  |                                      |   |  |
| Causa del Rechazo   | SI PROCEDE                           |   |  |
| <b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01   |                                      | Procede la Reclamación<br>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |  |
| <b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación<br>.01 TPD SI RED  |                                      | <b>Importes a cargo del Asegurado</b><br>Deducible \$ .00<br>Coaseguro %  |  |
| Nombre del Médico <input type="text" value="N"/>  |                                      | <b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b><br>Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. |  |
| HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 19,156.00   | CARLOS URIBE SALOMA                  | <b>IMPORTANTE:</b><br>El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.  |  |
| HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 5,747.00   | IVAN CONTRERAS DELFIN                |   |  |
| HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 3,831.00  | GERMAN ITURRIAGA BARCENAS            |   |  |
| HONORARIOS 2DO. AYUDANTE \$ 1,916.00  | CLAUDIA ALVAREZ SANCHEZ              |   |  |
| \$  |                                      |   |  |
| \$  |                                      |   |  |
| \$  |                                      |   |  |
| \$  |                                      |   |  |
| \$  |                                      |   |  |
| \$  |                                      |   |  |
| Observaciones   |                                      |   |  |
| CARTA DE HONORARIOS   |                                      |   |  |
| DR. CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323  |                                      |   |  |
| 1. ATENCION QUIRURGICA 21 DICIEMBRE 2025  |                                      |   |  |
|   |                                      |   |  |
| Lugar y Fecha México D.F. a 21 de DICIEMBRE del 2025  |                                      | 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  |

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250251429-09

Ultima Fecha de Modificación:

| Datos de la Hospitalización   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Hospital<br>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES  | Habitación<br>0005                                    | Fecha de Ingreso<br>2025/12/21                   |   |
| Nombre del paciente<br>TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO  | Edad<br>32  | Fecha de Nac.<br>1992/06/11                      | Sexo<br>Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>   |
| Datos de la Póliza  |   |  |   |
| Contratante<br>BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.   | No. Póliza<br>2001-1033582                            | Vigencia<br>2025/01/01                           | Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)<br>2022/02/01   |
| Asegurado Titular<br>TORRES JUAREZ ERIKA ROCIO  | Parentesco con el Titular<br>TITULAR                  | Certificado<br>0001011307218-00                  | Teléfono  |
| Causa del Internamiento   | Accidente <input checked="" type="checkbox"/>         | Enfermedad <input type="checkbox"/>              | Embarazo <input type="checkbox"/>   |
| <b>Diagnóstico</b> LESIÓN NERVIO RADIAL / NO CONSOLIDACIÓN DE HUMERO DERECHO  |   |  | Clave del Padecimiento<br>S42-3   |
|   |   |  | Fecha de Inicio<br>2025/06/22   |
|   |   |  |   |
|   |   |  | Clave Procedimiento   |
| <b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>  |   |  | 25310 - 0- 0  |
| TRANSPOSICIÓN TENDINOSA DE EXTENSORES DE MUÑECA DERECHA, RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS (TORNILLO DISTAL DE CLAVO DE HUMERO), CURETAJE Y APLICACIÓN DE MATRIZ Y CHIPS OSEOS DE DONANTE / COLOCACIÓN DE PLACA |   |  |   |
| CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA 12724323  |   |  |   |
| Causa del Rechazo   | SI PROCEDE  |  |   |
| <b>Importes Autorizados</b>   | Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$473,829.10 |  | Procede la Reclamación<br>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |
| <b>Honorarios Quirúrgicos</b>   | Código Tabulador<br>01 TPD                            | Negociación<br>SI                                | <b>Importes a cargo del Asegurado</b>   |
|   | RED   | Nombre del Médico <input type="text" value="N"/> | Deducible \$ .00  |
| \$  |   |  | Coaseguro %   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| \$  |   |  |   |
| Observaciones   |   |  | <b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b><br>Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. |
| CARTA HOSPITAL  |   |  | <b>IMPORTANTE:</b><br>El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.  |
| // NO APLICA DEDUCIBLE. // NO APLICA COASEGURO HOSPITALARIO   |   |  |   |
| // TOPE DE COASEGURO: \$5,500.00 // NO APLICA COASEGURO MEDICO.   |   |  |   |
| // NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS. //  |   |  |   |
| +++ ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE AL MOVIMIENTO 07 +++   |   |  |   |
| *** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***  |   |  |   |
| Lugar y Fecha   | México D.F. a 21 de DICIEMBRE del 2025                |  |   |
| Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición  |   |  |   |
| Gerente Pago Directo GMM  |   |  | Recibe Médico   |
| Enterado Familiar y/o paciente  |   |  | Recibi Hospital   |