

## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260201802-02

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/10	
Nombre del paciente ARENAS TORRES MICHELLE MAYRYM	Edad 18	Fecha de Nac. 2006/08/01	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante SCANIA COMERCIAL, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0559666	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2016/12/20
Asegurado Titular TORRES VILLA MIRIAM	Parentesco con el Titular HIJO (A)		Certificado 0000000001061-03
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b> CAIDA DE ESCALERAS//POLITRAUMATISMO		Clave del Padecimiento W11-	
RMN LUMBAR.INCREMENTO EN LA LORDOSIS LUMBAR (EN DECÚBITO) ACOMPAÑADA		Fecha de Inicio 2026/01/10	
DE UNA CURVA VERTEBRAL LATERAL CON ACTITUD IZO CON VERT L3			
CANAL LUMBAR Y FORAMINAL ESTRECHO EN L5-S1 DEBIDO A LA			
PRESENCIA DE UN ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERO-FORAMINAL			
PRESENCIA DE PROTRUSIONES DISCALES POSTERO-FORAMINALES A NVEL L3-L5		Clave Procedimiento	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		99221 - 0- 0	
RMN CERVICAL RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS CERVICAL			
***SE AUTORIZA TRATAMIENTO MEDICO,EN CASO DE REALIZAR PROCEDIMIENTO			
QUIRURGICO ESTE QUEDARA A CARGO DE NUESTRO ASEGURADO.EN CASO DE REQUE-			
RIR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA			
PROGRAMADA Y SERA SOMETIDO A UN NUEVO DICTAMEN MEDICO***			
JESUS ARTURO VIOLANTE VILLANUEVA NEUROLOGIA			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b> Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01		<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED		<b>Importes a cargo del Asegurado</b>	
Nombre del Médico N		Deducible \$ .00	
<b>HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO</b> 5,793.00 VIV.I580615I74		Coaseguro %	
\$		Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos	
\$		<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.	
\$			
<b>Observaciones</b>			
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS			
JESUS ARTURO VIOLANTE VILLANUEVA			
ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA			
Lugar y Fecha México D.F. a 10 de ENERO 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