

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250259379-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/12/18	
Nombre del paciente LUNA VILLAVICENCIO ESTELA	Edad 30	Fecha de Nac. 1994/12/23	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante OSER CAPITAL, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0268104	Vigencia 2025/01/25	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2023/06/01
Asegurado Titular LUNA VILLAVICENCIO ESTELA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000000469-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico LUMBLAGIA POSTRAUMATICA CON RADICULOPATIA		Clave del Padecimiento	
HERNIA DISCAL EXTRUIDA L-L5, L5-S1		M51-1	
*PROCEDE EN SINIESTRO COMO ENFERMEDAD YA QUE ESTUDIO TIENE		Fecha de Inicio	
DATOS DE CRONICIDAD*		2025/11/28	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		63030 - 0- 0	
DISCECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL EXTRACCION DE HERNIA DE DISCO LUMBAR,			
LAMINECTOMIA PARCIAL, FLAVECTOMIA Y DESCOMPRESION RADICULAR L4-L5,			
L5-S1			
DR ERIK FRANCISCO RODRIGUEZ PIÑON TYO 14523251			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01		Procede la Reclamación	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
.01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado	
Nombre del Médico N		Deducible \$.00	
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 42,213.00 ROPE860426AF5	Coaseguro %	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 12,664.00 GUVA890228CS7	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 8,443.00 RAJA841108MS1	Gastos no cubiertos por la póliza:	
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	\$ 4,221.00 2DO AYUDANTE	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 PARA HONORARIOS MEDICOS			
CARTA VALIDA POR 30 DIAS ELABORADA EL 18/12/2025			
CARTA INVALIDADA SI PRESENTA TACHADURAS			
Lugar y Fecha México D.F. a 18 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