

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260202475-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/14	
Nombre del paciente HERNANDEZ DIAZ JOSELINNE	Edad 25	Fecha de Nac. 1999/10/27	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante NR FINANCE SERVICES, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-1230673	Vigencia 2025/03/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/10/17
Asegurado Titular HERNANDEZ DIAZ JOSELINNE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000210158-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico HERNIA LUMBAR EXTRUIDA			Clave del Padecimiento M54-5
			Fecha de Inicio 2026/01/14
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			99221 - 0- 0
TRATAMIENTO MEDICO			
***RMN REVELA DATOS DE			
PADECIMIENTO CRONICO, PADECIMIENTO SUJETO A SEGUNDA VALORACION, FUTURA			
S RECLAMACIONES DEBERAN INGRESAR POR CIRUGIA PROGRAMADA, SE VALORARÁ			
APERTURA DE NUEVO SINIESTRO Y MANEJO COMO ENFERMEDAD**			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 43,582.80		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado	
Nombre del Médico N		Deducible \$ 3,439.46	
\$		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			
PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE DE \$3,439.46 SIN COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. <<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>			
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA			
Lugar y Fecha México D.F. a 14 de ENERO del 2026		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	