

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250259739-05

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/08	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
URRUTIA CAMACHO WALTER ISIDRO	39	1986/01/22	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
NR FINANCE SERVICES, S.A. DE C.V.	2012-1230673	2025/03/31	2024/11/20
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular		Certificado Teléfono
URRUTIA CAMACHO WALTER ISIDRO	TITULAR		0000000428077-00
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b>			Clave del Padecimiento
HERNIA INGUUINAL DERECHA			K40-9
			Fecha de Inicio
			2025/11/03
			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			49650 - 0- 0
PLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSCOPIA CON COLOCACION DE MALLA			
DR JOSE CARLOS FERNANDEZ GARRIDO			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b> Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 160,547.51			
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador	Negociación	
	01 TPD	SI	RED
		Nombre del Médico	N
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
<b>Procede la Reclamación</b>			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deducible \$ 3,439.46			
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 ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE CON DEDUCIBLE \$3439.46 SIN COASEGURO			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA			
***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***			
Lugar y Fecha		México D.F. a 08 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	