

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01260205501-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/01/17	
Nombre del paciente GOVEA VARGAS VICTOR FERNANDO	Edad 44	Fecha de Nac. 1981/04/05	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante CC&N ABOGADOS, S.C.	No. Póliza 2001-0075076	Vigencia 2025/09/24	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2017/05/26
Asegurado Titular GOVEA VARGAS VICTOR FERNANDO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 000000000026-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico LUMBALGIA CRONICA// RMN ESPONDILOLISTESIS Y ABOMBAMIENTO DISCAL L5-S1 QUE CONTACTA LAS RAÍCES EMERGENTES L5 Y S1 BILATERAL. ABOMBAMIENTO DISCAL L4-L5 QUE NO CONTACTA LAS RAÍCES EMERGENTES.	Clave del Padecimiento M51-1 Fecha de Inicio 2026/01/17 Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico PROCEDE COMO ENFERMEDAD***NO SE CUBREN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN CASO DE REALIZAR,QUEDARA A CARGO DE NUESTRO ASEGURADO.EN CASO DE REQUERIR ALGUN PRODEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA PROGRAMADA Y SERA SOMETIDO A NUEVO DICTAMEN MEDICO**** PEREZ NAZAR SINUHE	99221 - 0- 0		
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01	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 Deducible \$.00		
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 4,064.00 \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	Nombre del Médico PENS810321SB6 N	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 CARTA DE HONROARIOS MEDICOS MÉDICO: PEREZ NAZAR SINUHE ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA			
Lugar y Fecha México D.F. a 17 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