

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01260205501-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	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//		Clave del Padecimiento	
RMN ESPONDILOLISTESIS Y ABOMBAMIENTO DISCAL L5-S1 QUE CONTACTA LAS		M51-1	
RAÍCES EMERGENTES L5 Y S1		Fecha de Inicio	
BILATERAL.		2026/01/17	
ABOMBAMIENTO DISCAL L4-L5 QUE NO CONTACTA LAS RAÍCES EMERGENTES.			
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		99221 - 0- 0	
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			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 84,725.91		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
	Nombre del Médico <input type="text" value="N"/>		
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Importes a cargo del Asegurado		Deducible \$ 17,197.30	
Coaseguro 10 %		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 ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE CON DEDUCIBLE \$17,197.3 COASEGURO HOSPITAL 10% TOPADO \$25,300			
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y 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 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