CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **02250259739-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/01/08

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
URRUTIA	CAMACHO	WALTER ISIDRO	39	1986/01/22	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

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 [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico

HERNIA INGUUINAL DERECHA

Clave del Padecimiento: K40-.9

Fecha de Inicio: 2025/11/03

Clave Procedimiento: 49650 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

PLASTIA INGUINAL DERECHA POR LAPAROSOCPIA CON COLOCACION DE MALLA

DR JOSE CARLOS FERNANDEZ GARRIDO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [N]

HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **24,662.00**	FEGC8402183C2
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **7,399.00**	ANESTESIOLOGO
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **4,932.00**	1ER AYUDANTE
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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 PARA TABULACIÓN DE HONORARIOS MÉDICOS
ELABORADA 08/01/2026, CARTA VÁLIDA POR 30 DÍAS.

Lugar y Fecha México D.F. a 08 de E N E R O 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