

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250259739-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	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"/>
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 <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico			Clave del Padecimiento
HERNIA INGUUINAL DERECHA			K40-9
			Fecha de Inicio
			2025/11/03
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			49650 - 0- 0
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 \$ 88,290.00			
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación			
01 TPD SI RED			
Nombre del Médico N			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
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			
CUBRE ATENCIÓN HOSPITALARIA, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS.			
APLICA CON DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO HOSPITALARIO			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
ELABORADA 08/01/2026, VÁLIDA POR 30 DIAS.			
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