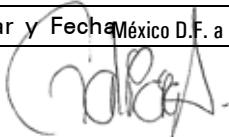


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250254317-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/02	
Nombre del paciente QUEZADA GARCIA	Edad 27	Fecha de Nac. 1997/06/19	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante TARJETAS BANAMEX, S.A. DE C.V. SOFOM E	No. Póliza 2001-0559677	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/05/13
Asegurado Titular QUEZADA GARCIA	GEOVANNI	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0001011191492-00
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico UMBALGIA POSTRAUMATICA			
			Clave del Padecimiento M54-5
++++SE DA COBERTURA PARA EVENTO EN AGUDO DE PADECIMIENTO RECLAMADO, EN CASO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO INGRESAR TRAMITE VIA PROGRAMACION PARA SU DICTAMEN++++			Fecha de Inicio 2025/12/02
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
MEDICO HOSPITALARIO			
SE CUBRE ATENCION INICIAL COMO ACCIDENTE, ESTUDIO DE IMAGEN EVIDENCIA DATOS DE CRONICIDAD, EN FUTURAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARA APERTURA DE NUEVO SINIESTRO Y MANEJO COMO ENFERMEDAD			
Causa del Rechazo	SI PROcede		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 42,886.37		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		RED	Importes a cargo del Asegurado
		Nombre del Médico S	Deducible \$.00
	\$		Coaseguro %
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
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 GASTOS DE HOSPITAL PROCEDE PAGO			
APLICA SIN DEDUCIBLE , SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO.			
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 02 de DICIEMBRE del 2025	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