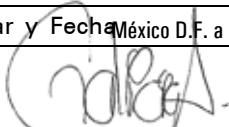


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 01250285425-07

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/11/10	
Nombre del paciente CABALLERO GUERRERO	Edad 27	Fecha de Nac. 1998/01/27	
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante EVO PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE C.V	No. Póliza 2001-0271393	Vigencia 2025/09/01	
Asegurado Titular CABALLERO GUERRERO	Parentesco con el Titular TITULAR DANIEL	Certificado 0001000479172-00	
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>		
<b>Diagnóstico</b> RUPTURA POSTRAUMATICA DE DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR.			
Clave del Padecimiento M51-1			
Fecha de Inicio 2025/10/12			
Clave Procedimiento			
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
LAMINECTOMIA L4-L5 FORAMINOTOMIA + RESECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL			
L4-L5 VIDEOASISTIDA + LIBERACION DE RAICES + DESCOMPRESION CON			
NEUROMONITOREO TRANSOPERATORIO.			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios <b>\$1,667,363.09</b>		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador <u>01 TPD</u>	Negociación <u>SI</u>	
Nombre del Médico		<input type="checkbox"/> RED <input type="checkbox"/> N	
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
<b>Procede la Reclamación</b>			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deductible \$ .00			
Coaseguro %			
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>			
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.			
<b>IMPORTANTE:</b>			
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.			
<b>Observaciones</b>			
<b>CARTA DE ALTA HOSPITALARIA</b>			
<b>PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSO</b>			
<b>NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS</b>			
<b>CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA</b>			
<b>*LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*</b>			
Lugar y Fecha  Méjico D.F. a 10 de NOVIEMBRE 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