CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250296585-16** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES DE ACOXPA	0005	2025/12/13

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
PEYRO	MEDINA	GUSTAVO ADOLFO	66	1957/12/08	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GAS NATURAL DEL NOROESTE, S.A. DE C.V.	2001-0071638	2024/11/20	2021/06/14	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
PEYRO	MEDINA	GUSTAVO ADOLFO	TITULAR	0000000001543-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico SINDROME MEDULAR COMPLETO SENSITIVO T12 SEVERO L4-L5

Clave del Padecimiento: M54-.1

Fecha de Inicio: 2025/11/15

Clave Procedimiento: 63005 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LAMINECTOMIA + DISECTOMIA T12-L1 + TORNILLOS PEDICULARES T11-L2 PARA D
ESCOMPRESION DE CONO MEDULAR BAJO MONITOREO NEUROFISIOLOGICO TRANSOPER
ATORIO ASISTIDO POR NEURONAVEGACION + LAMINECTOMIA + RESECCION DE QUIS
TE SINOVIAL L4-L5 MONITOREO NEUROFISIOLOGICO TRANSOPERATORIO

DR ERNESTO MARTINEZ DE LA MAZA NEUROQX 12017569

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $**2,331,822.02**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico	N
$	
$	
$	
$	
$	
$	
$	
$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **3,955.38**

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

AUTORIZADO, APLICA DEDDUCIBLE $3,955.38 SIN COASEGURO HOSPITALARIO
MEDICO ACEPTA PAGO, NO SE CUBRE GASTOS NO RELACIONADOS
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.

Lugar y Fecha México D.F. a 13 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