

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250284961-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/11/21	
Nombre del paciente GARCIA CARRANZA	Edad 31	Fecha de Nac. 1993/10/04	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante S3 SOFTWARE, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0269748	Vigencia 2025/05/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/08/22
Asegurado Titular GARCIA CARRANZA	VIRIDIANA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000000097-00
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo	
Diagnóstico HIPERTROFIA AMIGDALINA			Clave del Padecimiento J35-1
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			Fecha de Inicio 2025/08/09
EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
AMIGDALECTOMIA BILATERAL CON RADIOFRECUENCIA			
DRA.VIANNEY GARCIA ROMAN (ORL) CP.8129401			
Causa del Rechazo	SI PROcede		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$101,530.83		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del Médico	RED	Importes a cargo del Asegurado
	\$		Deducible \$ 12,974.58
	\$		Coaseguro 10 %
	\$		Gastos no cubiertos por la póliza: Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién nacido, 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 DE ALTA HOSPITALARIA			
APLICA DEDUCIBLE DE \$10,318.38 / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% / COASEGURO MEDICO 10% (\$2,656.20) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE / TOPE DE COASEGURO \$25,300.00. CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA.*NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.			
Lugar y Fecha	Méjico D.F. a 21 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