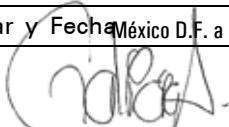


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250284961-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	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
Asegurado Titular GARCIA CARRANZA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000000097-00
Teléfono		
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico HIPERTROFIA AMIGDALINA		
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO		
Clave del Padecimiento J35-1		
Fecha de Inicio 2025/08/09		
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 \$.01	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI
Nombre del Médico		RED
S		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 17,708.00 GARV820804DFO		
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 5,312.00 ANESTESIOLOGIA		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 3,542.00 AYUDANTE		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
\$		
Procede la Reclamación		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Importes a cargo del Asegurado		
Deductible \$.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 VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS.		
ELABORADA 21/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS		
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS		
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
Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital
Recibi Hospital		Recibe Médico