CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250299434-05**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/09

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
VARGAS	RODRIGUEZ	VICENTE	57	1967/07/19	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
SMURFIT CARTON Y PAPEL DE MEXICO, S.A.	2001-1032741	2025/07/01	2000/11/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VARGAS	RODRIGUEZ	VICENTE	TITULAR	0000000852440-00	

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

Diagnóstico DESVIACION SEPTAL

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/11/21

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTUMPLASTIA Y RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETES INFERIORES

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **97,585.82**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED: S

Nombre del Médico

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **8,198.29**

Coaseguro **10** %

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 HOSPITAL. PADECIMIENTO CUBIERTO. APLICA DEDUCIBLE ($ 5,159.19 MN) , APLICA COASEGURO HOSPITALARIO (10%), APLICA COASEGURO MEDICO ($ 3,039.10 MN) , ESTE REFLEJADO EN CONCEPTO DE DEDUCIBLE.
TOPE DE COASEGURO $25,300 MN. ,
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.02
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA.

Lugar y Fecha México D.F. a 09 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