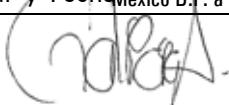


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 01250297261-06

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/10	
Nombre del paciente VARGAS IZAGUIRRE	Edad 26	Fecha de Nac. 1998/05/20	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante STRIPE PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE	No. Póliza 2001-0559346	Vigencia 2025/05/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/04/21
Asegurado Titular VARGAS IZAGUIRRE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000127452-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES			Clave del Padecimiento J34-2
			Fecha de Inicio 2025/10/06
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA			
DR.ALDO ESTRADA HERRERA   OTORRINOLARINGOLOGÍA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$101,152.12		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Procede la Reclamación <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		RED	<b>Importes a cargo del Asegurado</b>
		Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N	Deducible \$ 6,478.56
	\$		Coaseguro 10 %
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
<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>			
ESTA CARTA CIERRA CUENTA HOSPITALARIA POR:\$101,152.12			
APLICA DEDUCIBLE DE: 3,439.46			
APLICA COASEGURO DE: 10% Y COASEGURO DE HONORARIOS POR:\$3,039.10 (10%)			
ESTE ULTIMO SE VERA REFLEJADO SUMADO AL DEDUCIBLE.			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 10 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