

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250297261-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/10	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
VARGAS IZAGUIRRE ORO GALILEA	26	1998/05/20	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
STRIPE PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE	2001-0559346	2025/05/01	2025/04/21
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VARGAS IZAGUIRRE ORO GALILEA	TITULAR	0000000127452-00	
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			30520 - 0- 0
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA			
DR.ALDO ESTRADA HERRERA OTORRINOLARINGOLOGÍA			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$101,152.12			
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación	
	01 TPD	SI	RED
	Nombre del Médico		N
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
Procede la Reclamación			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Importes a cargo del Asegurado			
Deducible			\$ 6,478.56
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 DE ALTA HOSPITALARIA			
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	México 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