

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 01250297261-03

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/11/24
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
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"/>
<b>Diagnóstico</b> 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>		
30520 - 0- 0		
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA		
DR.ALDO ESTRADA HERRERA   OTORRINOLARINGOLOGÍA		
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .	
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ .01	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI
		RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 20,261.00 FAHA8306186K9		
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 6,078.00 *		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 4,052.00 RONF840501BF8		
Coaseguro %		
<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>		
CARTA VÁLIDA PARA: HONORARIOS MÉDICOS.		
ELABORADA 24/11/2025 / CARTA VALIDA 30 DÍAS.		
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS		
METLIFE NO CUBRIRÁ DIFERENCIA EN HONORARIOS MÉDICOS		
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 24 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