CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250294764-05**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/11

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ROMERO	HERNANDEZ	PAOLA BERENICE	43	1981/10/30	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
IMPORTACIONES RDS, S.A. DE C.V.	2001-1917533	2025/07/01	2018/05/15	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ROMERO	HERNANDEZ	PAOLA BERENICE	TITULAR	0000000004110-00	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL E HIPERTROFIA DE CORNETES

TAC CONFIRMA DX

*

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/10/02

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA

* CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA *

DR ALDO ESTRADA HERRERA CE11963498 ORL

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma asegurada para gastos Hospitalarios $ **27,392.60**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$

$

$

$

$

$

$

$

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **20,236.40**

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 VÁLIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS , SUMA TOPADA PARA EVENTO $68,789.20, APLICA DEDUCIBLE DE $17,197.30 MN, COASEGURO HOSPITALARIO 10%, COASEGURO MEDICO 10% $3039.1, REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE TOPE DE COASEGURO DE 25,300 .**CON ESTA CARTA AGOTA SUMA** LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA. EL PORCENTA- JE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUID

Lugar y Fecha México D.F. a 11 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