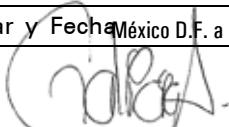


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250294764-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/11/13	
Nombre del paciente ROMERO HERNANDEZ	Edad 43	Fecha de Nac. 1981/10/30	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante IMPORTACIONES RDS, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-1917533	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2018/05/15
Asegurado Titular ROMERO HERNANDEZ	PAOLA BERENICE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000004110-00
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL E HIPERTROFIA DE CORNETES			Clave del Padecimiento J34-2
TAC CONFIRMA DX			Fecha de Inicio 2025/10/02
*			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA			
DR ALDO ESTRADA HERRERA CE11963498 ORL			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			Deducible \$.00
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 20,261.00 FAHA8306186K9			Coaseguro %
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 6,078.00 ANESTESIOLOGO			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 4,052.00 PRIMER AYUDANTE			
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 HONORARIOS MÉDICOS.			
ELABORADA 13/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS			
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 13 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	