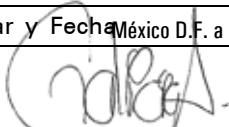


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250299434-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/11/26
Nombre del paciente VARGAS RODRIGUEZ	Edad 57	Fecha de Nac. 1967/07/19
VICENTE	Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza		
Contratante SMURFIT CARTON Y PAPEL DE MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1032741	Vigencia 2025/07/01
Asegurado Titular VARGAS RODRIGUEZ	VICENTE	Parentesco con el Titular TITULAR
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo
No. Póliza Vigencia Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2000/11/16 0000000852440-00		
Diagnóstico DESVIACION SEPTAL		
Clave del Padecimiento J34-2		
Fecha de Inicio 2025/11/21		
Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		
30520 - 0- 0		
SEPTUMPLASTIA Y RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETES INFERIORES		
Causa del Rechazo SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01	Procede la Reclamación
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador Negociación	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	01 TPD SI RED	
Nombre del Médico S		
HONORARIOS DE CIRUJANO	20,261.00	PFUC70620LG5
HONORARIOS DE ANESTESISTA	6,078.00	NOFH8001315K3
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	4,052.00	RAOM760425BD7
Deductible \$.00		
Coaseguro %		
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 HONORARIOS MEDICOS, ELABORADA EL 26/11/2025, VALIDA POR 30 DIAS.		
Lugar y Fecha México D.F. a 26 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