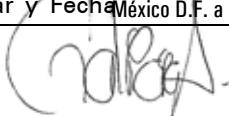


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250299434-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	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	Parentesco con el Titular VICENTE TITULAR	
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
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 \$110,363.00	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
Procede la Reclamación		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Importes a cargo del Asegurado		
Deductible \$ 8,198.29		
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 PARA HOSPITAL. PADECIMIENTO CUBIERTO. APLICA DEDUCIBLE (\$ 5,159.19 MN) , APLICA COASEGURO HOSPITALARIO (10%) , APLICA COASEGURO MEDICO (\$ 3,039.10 MN) , ESTE REFLEJADO EN EL RUBRO DE DEDUCIBLE.CARTA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS, CARTA VALIDA POR 30 DIAS A PARTIR DE SU FECHA DE EMISION 23/11/2025, TOPE DE COASEGURO \$25,300 MN		
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