

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250299434-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2025/11/26	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
VARGAS RODRIGUEZ VICENTE	57	1967/07/19	Femenino Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
SMURFIT CARTON Y PAPEL DE MEXICO, S.A.	2001-1032741	2025/07/01	2000/11/16
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VARGAS RODRIGUEZ VICENTE	TITULAR	0000000852440-00	
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo
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		Procede la Reclamación
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación	Si No
	01 TPD	SI	
		RED	
	Nombre del Médico		Importes a cargo del Asegurado
	S		Deducible \$ 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		Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición	
México D.F. a 26 de NOVIEMBRE del 2025			
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico