CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **03250202644-07** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/30

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CABRERA	GONZALEZ	ELIZABETH MARISELA	28	1996/12/26	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
ROCKWELL AUTOMATION DE MEXICO, S.A. DE	2001-0271527	2025/10/01	2024/03/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CABRERA	GONZALEZ	ELIZABETH MARISELA	TITULAR	0000090725940-00	

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

Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/11/19

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETES

DRA. BRISCIA ELENA DELGADO SANCHEZ

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **88,978.41**

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 $ **14,676.85**

Coaseguro **10** %

Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos

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 ALTA HOSPITALARIA
APLICA DEDUCIBLE $8598.65 MN / COASEGURO HOSPITALARIO 10% / COASEGURO MEDICO 20% (6,078.2MN)TOPE DE COASEGURO $25,300 DE ACUERDO A CG
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 30 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