



## CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 03250202644-03

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/12/30
Nombre del paciente CABRERA GONZALEZ	Edad 28	Fecha de Nac. 1996/12/26
		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Datos de la Póliza</b>		
Contratante ROCKWELL AUTOMATION DE MEXICO, S.A. DE	No. Póliza 2001-0271527	Vigencia 2025/10/01
Asegurado Titular CABRERA GONZALEZ	Parentesco con el Titular ELIZABETH MARISELA	Certificado TITULAR
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES		
Clave del Padecimiento J34-2		
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO		
Clave de Inicio 2025/11/19		
Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		
30520 - 0- 0		
SEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETES		
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .	
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RED
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
<b>HONORARIOS DE CIRUJANO</b>	20,261.00	DESB7912081G3
<b>HONORARIOS DE ANESTESISTA</b>	6,078.00	
<b>HONORARIOS 1ER. AYUDANTE</b>	4,052.00	
<b>Procede la Reclamación</b>		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>		
Deductible \$ .00		
Coaseguro %		
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>		
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.		
<b>IMPORTANTE:</b>		
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.		
<b>Observaciones</b>		
<b>CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS</b>		
ELABORADA 30/12/2025. CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.		
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.		
<b>DRA. BRISCA ELENA DELGADO SANCHEZ</b>		
Lugar y Fecha Méjico 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