CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **03250204218-09**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/21

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MARTINEZ	GARCIA	KARLA MARIANA	24	2000/09/15	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
CBM BANCO, SOCIEDAD ANONIMA, INSTITUCI	2001-0269842	2025/01/01	2023/11/30	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MARTINEZ	GARCIA	KARLA MARIANA	TITULAR	0001011503316-00	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL

COBERTURA CON ENDOSO DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

***** ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE A CARTA MOV.07 *********

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/11/23

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTOPLASTIA CALDWELL-LUC ABIERTO IZQUIERDO

DR. ALDO ESTRADA HERRERA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **108,935.87**

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 $ **6,478.56**

Coaseguro %

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

PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE DE $3,439.46,COASEGURO MEDICO $3,039.10
(REFLEJADO EN CONCEPTO DE DEDUCIBLE). TOPE COASEGURO $11,000.00
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA
EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO

Lugar y Fecha México D.F. a 21 de E N E R O del 2026

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