CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **03250204218-05**

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/08/01

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

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

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: NO RED: N

		Nombre del Médico
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **20,261.00**	FAHA8306186K9
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **6,078.00**	FEHL850712D29
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **4,052.00**	RONF840501BF8
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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

CARTA VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS
ELABORADA EL 08/01/2026 / VALIDA AL 31/01/2026
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS
PARA TABULAR AL RESTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, FAVOR DE INGRESAR NOMBRE
Y RFC.

Lugar y Fecha México D.F. a 01 de A G O S T 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