

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 01260203815-05

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>		
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/21
Nombre del paciente RAMIREZ DIEGO	Edad 33	Fecha de Nac. 1991/12/12
NALLELY GUADALUPE	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Datos de la Póliza</b>		
Contratante RED UNIVERCOM, S.C.	No. Póliza 2001-0463437	Vigencia 2025/04/30
Asegurado Titular RAMIREZ DIEGO	Parentesco con el Titular NALLELY GUADALUPE	Certificado TITULAR
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo
<b>Diagnóstico</b> DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES		
Clave del Padecimiento J34-8		
Fecha de Inicio 2025/12/02		
ALDO ESTRADA HERRERA/OTORRINOLARINGOLOGO		
Clave Procedimiento		
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		
SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA 21/01/2026		
Causa del Rechazo SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 109,110.06	
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI
		Nombre del Médico <input type="text" value="N"/>
		RED
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
\$ _____		
<b>Procede la Reclamación</b>		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>		
Deductible \$ 9,918.02		
Coaseguro 10 %		
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>		
PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE \$6,878.92 COASEGURO MEDICO Y COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10%. MONTO DE COASEGURO MÉDICO REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE EQUIVALENTE A \$3,039.10 NO SE CUBREN LOS GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. ** TOPE DE COASEGURO \$25,300.00***		
***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA***		
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 21 de ENERO 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