CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260203815-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/01/12

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
RAMIREZ	DIEGO	NALLELY GUADALUPE	33	1991/12/12	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
RED UNIVERCOM, S.C.	2001-0463437	2025/04/30	2024/04/24	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RAMIREZ	DIEGO	NALLELY GUADALUPE	TITULAR	0009000003669-00	

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

Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.8

Fecha de Inicio: 2025/12/02

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTUMPLASTIA FUNCIONAL+ TURBINOPLASTIA+ CFENPS (POLIPOS)

*RINOPLASTIA NO JUSTIFICADA POR HALLAZGOS EN EL ESTUDIO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

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

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI 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 DE HONORARIOS MEDICOS. ELABORADA EL 12/01/2025, VALIDA POR 30 DIAS.

Lugar y Fecha México D.F. a 12 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