CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260207625-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/24

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CORDOVA	AGUIRRE	EMMA VALENTINA	36	1988/12/01		Femenino [X] Masculino [ ]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
NU MEXICO FINANCIERA, S.A. DE C.V. S.F	2001-0854335	2025/08/01	2021/09/13	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CORDOVA	AGUIRRE	EMMA VALENTINA	TITULAR	0000000029181-00	

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

Diagnóstico NEUMONITIS/LARINGITIS/EPIGLOTITIS

TAC NEUMONITIS BASALES BILATERALES DIFUSAS LEVES.

ATRAPAMIENTO AÉREO PULMONAR BILATERAL BASAL LEVE.

HALLAZGO REFERIDO A CORRELACIONAR CON ENFERMEDAD DE VÍA AÉREA PEQUEÑA.

SIN NÓDULOS, MASAS O CONSOLIDACIONES PULMONARES

Clave del Padecimiento: J20-.9

Fecha de Inicio: 2026/01/24

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

YISELA CANO ORTEGA MED INTERNA MTTE

CP 9705324 / 124901178

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Honorarios Quirúrgicos

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **177,891.05**

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [N]

$

$

$

$

$

$

$

$

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

PROCEDE PAGO. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA.
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. <<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>

***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA**

Lugar y Fecha México D.F. a 24 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