CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260204060-06** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/18

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GARCIA	ALMARAZ	JORGE ENRIQUE	30	1995/01/30	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
AIG SEGUROS MEXICO, S.A. DE C.V.	2001-0073109	2025/03/06	2024/06/24	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GARCIA	ALMARAZ	JORGE ENRIQUE	TITULAR	0000005361359-00	

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

Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.8

Fecha de Inicio: 2025/12/20

+ESTA CARTA SUSTITUYE MOV 3+

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTOPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA

MT.DRA.VIANNEY GARCIA ROMAN - ORL

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **108,696.01**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [S]

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **11,534.57**

Coaseguro **10** %

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 DIRECTO, CON APLICACIÓN DE DEDUCIBLE $8,495.47 CON COA-SEGURO HOSPITALARIO Y MÉDICO DEL 10% ($3,039.10), ESTE ULTIMO SE VERA REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO ACTUAL. TOPE DE COASEGURO $35,000.00 MONTO AUTORIZADO INCLUYE IVA; EL COASEGURO SE CALCULA SOBRE ESE TOTAL.

*** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***

Lugar y Fecha México D.F. a 18 de FEBRERO 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