CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260204060-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/02/04

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

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTOPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA

|DRA. VIANNEY GARCIA ROMAN - ORL

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

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

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [S]

HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **20,261.00**	GARV820804DE0
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **6,078.00**	PELL631122TGA
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **4,052.00**	EACI820217A55
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 VÁLIDA PARA H O N O R A R I O S M É D I C O S .

ELABORADA 04/02/2026 | CARTA VIGENTE POR 30 DIAS

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.

|DRA. VIANNEY GARCIA ROMAN - ORL

Lugar y Fecha México D.F. a 04 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