CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260214201-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/02/16

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
BONILLA	CADENA	CORAL EDITH	35	1990/11/13	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
JAFRA COSMETICS, S.A. DE C.V.	2012-1038003	2025/12/31	2021/12/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
BONILLA	CADENA	CORAL EDITH	TITULAR	0000000015818-00	

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

Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/10/18

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA +
CFENSP (QUISTE DE RETENCION Y CONCHA BULLOSA)

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	N
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 VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS
ELABORADA 16/02/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS.
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

Lugar y Fecha México D.F. a 16 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