CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260212061-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/09

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
RUIZ	SALDAÑA	JUAN JESUS JAIME	35	1990/04/01	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GALAZ, YAMAZAKI, RUIZ URQUIZA, S.C.	2012-0559614	2025/05/31	2014/07/21	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
RUIZ	SALDAÑA	JUAN JESUS JAIME	TITULAR	0000000060838-00	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO.

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/07/06

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTOPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA

DRA. VIANNEY GARCIA ROMAN CP. 8129401 OTORRINOLARINGOLOGÍA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **109,855.17**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

Nombre del Médico [N]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **7,058.65**

Coaseguro **15** %

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 ALTA HOSPITALARIA
APLICA DEDUCIBLE $2,500.00 MN / COASEGURO HOSPITALARIO 15% /
COASEGURO MEDICO 15% (4,558.65 MN)REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE/TOPE
DE COASEGURO $40,000.00 MN.
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 09 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