CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260213907-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/13

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MEDINA	ROMERO	SERGIO JULIO	40	1984/12/26	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
H & M HENNES & MAURITZ, S.A. DE C.V.	2001-0074833	2025/07/01	2023/10/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MEDINA	ROMERO	SERGIO JULIO	TITULAR	0000000032663-00	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL
+ HIPERTROFIA DE CORNETES
+ CONCHA BULLOSA

ESTA CARTA SUSTITUYE EL MOV.02, QUEDANDO ANULADO

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2026/01/16

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

RINOSEPTUMPLASTÍA FUNCIONAL
+ TURBINOPLASTÍA CON RADIOFRECUENCIA
+ CFENSP (CONCHA BULLOSA)

MT.DR.ALDO ESTRADA HERRERA - ORL/CCC

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **134,369.93**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____
$ _____
$ _____
$ _____
$ _____
$ _____
$ _____
$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **7,211.58**

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

CARTA POR GASTOS HOSPITALARIOS (MONTO FINAL INCLUYE IVA)
PROCEDE CON DEDUCIBLE DE $4,172.48, COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10% Y
MÉDICO DE $3,039.10 (REFLEJADO EN DEDUCIBLE) CON TOPE DE $25,000.00
MÉDICO NO ES DE RED, SE AJUSTA A TABULADOR, HM CUBIERTOS EN MOV.01.
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, NI LOS NO RELACIONADOS.
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 13 de M A R Z 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