

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260601798-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/03/16	
Nombre del paciente MORALES MORALES DANIELA	Edad 34	Fecha de Nac. 1991/04/12	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante JOSE LUIS MORALES DISCUA	No. Póliza 6001-1372770	Vigencia 2025/12/18	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2014/12/18
Asegurado Titular MORALES MORALES DANIELA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000000001-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico			Clave del Padecimiento
DESVIACIÓN SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES			J34-2
			Fecha de Inicio 2026/02/06
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			30520 - 0- 0
SEPTOPLASTIA SUBMUCOSA Y REDUCCIÓN DE CORNETES			
NATALIA RIVERA ESPINOSA DE LOS MONTEROS CPE 6880602 ORL			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$	.01
Honorarios Quirúrgicos		Código Tabulador Negociación	
	.01 TPD	SI	RED
		Nombre del Médico	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 20,261.00	NATALIA RIVERA ESPINOSA	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 4,052.00	RUIZ CORONA ANTONIO JOAO	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 6,078.00	GABRIEL FRANCISCO BOURGUE	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
		<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ .00 Coaseguro % Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos <b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b> Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. <b>IMPORTANTE:</b> 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 HONORARIOS MEDICOS ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE MOV. 1			
Lugar y Fecha México D.F. a 16 de MARZO 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