CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260601798-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/16

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MORALES	MORALES	DANIELA	34	1991/04/12	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
JOSE LUIS MORALES DISCUA	6001-1372770	2025/12/18	2014/12/18	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MORALES	MORALES	DANIELA	TITULAR	0000000000001-00	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2026/02/06

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

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 $ **69,180.60**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [S]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **42,000.00**

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

PROCEDE PAGO DIRECTO CON DEDUCIBLE DE $42,000.00, COASEGURO HOSPITALAR IO 10%, SIN COASEGURO MEDICO. TOPE DE COASEGURO $77,000.00. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS. ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE MOV. 02 POR ALTA. *LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*

Lugar y Fecha México D.F. a 16 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