CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260218506-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/03/20

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GARCIA	MARTINEZ	VANESSA	46	1979/06/18	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
DERIVADOS MACROQUIMICOS, S.A. DE C.V.	2001-1131865	2025/12/31	2010/03/15	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
FLORES	ROA	SERGIO URIEL	CONYUGE	0000000000007-01	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL
HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/04/01

Clave Procedimiento: 31030 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

CADWELL LUC ABIERTO BILATERAL + SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA

MT.DR.ALDO ESTRADA HERRERA (ORL)

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	$ **26,803.00**	FAHA8306186K9	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **5,361.00**	HERNANDEZ NAGORE F.JAVIER	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **8,041.00**	FEHL850712D29	
	$		
	$		
	$		
	$		
	$		

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 DE HONORARIOS MEDICOS
MT.DR.ALDO ESTRADA HERRERA (ORL)

Lugar y Fecha México D.F. a 20 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