CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02250256551-07** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/12

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
REQUENA	GONZALEZ	MARIA DEL CARMEN	45	1979/05/15	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
HSBC MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANC	2001-1130115	2025/01/01	2021/07/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
REQUENA	GONZALEZ	MARIA DEL CARMEN	TITULAR	0000045112275-00	

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

Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES + SINUSITIS MAXILAR

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/06/01

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTOPLASTIA FUNCIONAL
+ TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA VIA ENDOSCOPICA
+ ANTROSTOMIA MAXILAR DERECHA VIA ENDOSCOPICA

DRA MARIELLE INTRIAGO ALOR (ORL/CCC)

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **160,443.42**

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 $ **8,439.46**

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 ALTA HOSPITALARIA
APLICA DEDUCIBLE $3,439.46 MN / SIN COASEGURO HOSPITALARIO / APLICA
COASEGURO MEDICO 20% ($5,000 MN) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE
CON EL CUAL SE LLEGA A TOPE DE COASEGURO $5,000 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 12 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