# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02250256551-04** Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0130 | 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

ESTA CARTA CANCELA Y DEJA SIN EFECTO LA CARTA 01

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 $ **.01**

**Honorarios Quirúrgicos** Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [N]

| | | |
|---|---|---|
| **HONORARIOS DE CIRUJANO** | $ 20,261.00 | IIAM910705QV2 |
| **HONORARIOS DE ANESTESISTA** | $ 6,078.00 | - |
| **HONORARIOS 1ER. AYUDANTE** | $ 4,052.00 | - |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |

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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS
ELABORADA 12/03/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

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