CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260214902-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2026/02/18

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GARRIDO	FALCON	ERWIN	41	1983/12/21	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
COMPUTING AND PRINTING GLOBAL SERVICES	2012-1230831	2025/04/01	2015/09/07	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
PEDRONI	GARRIDO	ADRIANA CRISTINA	CONYUGE	0000090009300-01	

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

Diagnóstico DESVIACIÓN SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2026/01/12

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

SEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA

ALDO ESTRADA HERRERA 11963498

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **110,363.00**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [N]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **10,171.54**

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

CARTA VÁLIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS. // ELABORADA EL 18/02/26, VIGENCIA 30 DIAS. // APLICA DEDUCIBLE CONTRATADO ($7,132.44). // APLICA COASEGURO HOSPITALARIO DEL 10%. // APLICA COASEGURO MEDICO DE 10% EN HONORARIOS MÉDICOS, ESTE ÚLTIMO REFLEJADO EN EL CONCEPTO DEL DEDUCIBLE EQUIVALENTE A $3,039.10 // TOPE DE COASEGURO: $50,000.00 // CARTA INVÁLIDA EN CASO DE TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS. //

Lugar y Fecha México D.F. a 18 de FEBRERO 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