# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260215253-03** Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0001 | 2026/03/02 |

| Nombre del paciente | | | Edad | Fecha de Nac. | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | PEREZ | ULISES GILBERTO | 46 | 1979/04/11 | Femenino | [ ] |
| | | | | | Masculino | [X] |

**Datos de la Póliza**

| Contratante | No. Póliza | Vigencia | Fecha de Alta (afectado) | Código (Preexistencia) |
|---|---|---|---|---|
| CHEIL MEXICO, S.A. DE C.V. | 2001-0074866 | 2025/07/21 | 2023/01/22 | |

| Asegurado Titular | | | Parentesco con el Titular | Certificado | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | PEREZ | ULISES GILBERTO | TITULAR | 0000000000079-00 | |

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

**Diagnóstico** DESVIACIÓN SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES + COLAPSO VALVULAR DERECHO

Clave del Padecimiento: J34-.2

Fecha de Inicio: 2025/12/10

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

**Tratamiento Médico y/o Quirúrgico**

SEPTUMPLASTÍA + RESECCIÓN SUBMUCOSA DE CORNETES INFERIORES + VALVULOPLASTÍA

DRA. CARLA PAOLA PEREZ URIBE CP. 6880680 OTORRINOLARINGOLOGÍA

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 [S]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

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
APLICA DEDUCIBLE DE $ 7,132.44 / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% /
COASEGURO MEDICO 10% ($3,039.10) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /
TOPE DE COASEGURO $25,300.00
ELABORADA 02/03/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS

Lugar y Fecha México D.F. a 02 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

# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260215253-02** Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0130 | 2026/03/02 |

| Nombre del paciente | | | Edad | Fecha de Nac. | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | PEREZ | ULISES GILBERTO | 46 | 1979/04/11 | Femenino | [ ] |
| | | | | | Masculino | [X] |

**Datos de la Póliza**

| Contratante | No. Póliza | Vigencia | Fecha de Alta (afectado) | Código (Preexistencia) |
|---|---|---|---|---|
| CHEIL MEXICO, S.A. DE C.V. | 2001-0074866 | 2025/07/21 | 2023/01/22 | |

| Asegurado Titular | | | Parentesco con el Titular | Certificado | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | PEREZ | ULISES GILBERTO | TITULAR | 0000000000079-00 | |

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

**Diagnóstico** DESVIACIÓN SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES + COLAPSO VALVULAR DERECHO

Clave del Padecimiento: J34-.2

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO

Fecha de Inicio: 2025/12/10

Clave Procedimiento: 30520 - 0- 0

**Tratamiento Médico y/o Quirúrgico**

SEPTUMPLASTÍA + RESECCIÓN SUBMUCOSA DE CORNETES INFERIORES + VALVULOPLASTÍA

DRA. CARLA PAOLA PEREZ URIBE CP. 6880680 OTORRINOLARINGOLOGÍA

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 [S] |
|---|---|---|
| **HONORARIOS DE CIRUJANO** | $ 20,261.00 | CARLA PAOLA PEREZ URIBE |
| **HONORARIOS DE ANESTESISTA** | $ 6,078.00 | ANESTESIOLOGIA |
| **HONORARIOS 1ER. AYUDANTE** | $ 4,052.00 | AYUDANTE |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |

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 VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS.

ELABORADA 02/03/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

Lugar y Fecha México D.F. a 02 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