

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250284961-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización				
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/11/21		
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
GARCIA CARRANZA VIRIDIANA	31	1993/10/04		
Datos de la Póliza				
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
S3 SOFTWARE, S.A. DE C.V.	2001-0269748	2025/05/01	2022/08/22	
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono	
GARCIA CARRANZA VIRIDIANA	TITULAR	00000000000097-00		
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico HIPERTROFIA AMIGDALINA				Clave del Padecimiento
				J35-1
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA				Fecha de Inicio
*EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO				2025/08/09
AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO*				
				Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico				42826 - 0- 0
AMIGDALECTOMIA BILATERAL CON RADIOFRECUENCIA				
DRA.VIANNEY GARCIA ROMAN (ORL) CP.8129401				
Causa del Rechazo	SI PROCEDE			
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$101,530.83			
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador	Negociación		
	01 TPD	SI	RED	
		Nombre del Médico	S	
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
Procede la Reclamación				
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Importes a cargo del Asegurado				
Deducible \$ 12,974.58				
Coaseguro 10 %				
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 DE \$10,318.38 / APLICA COASEGURO HOSPITALARIO 10% /				
COASEGURO MEDICO 10% (\$2,656.20) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE /				
TOPE DE COASEGURO \$25,300.00.CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE				
BRINDA ALTA HOSPITALARIA.*NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO				
RELACIONADOS.				
Lugar y Fecha México D.F. a 21 de NOVIEMBRE del 2025				
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	