

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250284961-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/11/21	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
GARCIA CARRANZA VIRIDIANA	31	1993/10/04	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
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	Enfermedad	Embarazo
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico HIPERTROFIA AMIGDALINA			Clave del Padecimiento
			J35-1
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO			Fecha de Inicio
			2025/08/09
			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 \$.01			
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación			
.01 TPD SI RED			
Nombre del Médico S			
HONORARIOS DE CIRUJANO	17,708.00	GARV820804DEF0	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	5,312.00	ANESTESIOLOGIA	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	3,542.00	AYUDANTE	
Procede la Reclamación			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Importes a cargo del Asegurado			
Deducible \$.00			
Coaseguro %			
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 21/11/2025 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS			
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
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