

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250299434-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/11/26	
Nombre del paciente VARGAS RODRIGUEZ VICENTE	Edad 57	Fecha de Nac. 1967/07/19	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante SMURFIT CARTON Y PAPEL DE MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1032741	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2000/11/16
Asegurado Titular VARGAS RODRIGUEZ VICENTE	Parentesco con el Titular TITULAR		Certificado 0000000852440-00
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>		Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico DESVIACION SEPTAL		Clave del Padecimiento J34- 2	
		Fecha de Inicio 2025/11/21	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		30520 - 0- 0	
SEPTUMPLASTIA Y RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETES INFERIORES			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$.01		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00 Coaseguro %	
Nombre del Médico S		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.	
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 20,261.00 PEUC770620LG5		IMPORTANTE: El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.	
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 6,078.00 NOFH8001315K3			
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 4,052.00 RAOM760425BD7			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
Observaciones			
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS, ELABORADA EL 26/11/2025, VALIDA POR 30 DIAS.			
Lugar y Fecha México D.F. a 26 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