

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250297261-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/11/24	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
VARGAS IZAGUIRRE ORO GALILEA	26	1998/05/20	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
STRIPE PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE	2001-0559346	2025/05/01	2025/04/21
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VARGAS IZAGUIRRE ORO GALILEA	TITULAR	0000000127452-00	
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES			Clave del Padecimiento
			J34- 2
			Fecha de Inicio
			2025/10/06
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			30520 - 0- 0
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA			
DR.ALDO ESTRADA HERRERA OTORRINOLARINGOLOGÍA			
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 N			
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 20,261.00	FAHA8306186K9	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 6,078.00	*	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 4,052.00	RONF840501BF8	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
			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 24/11/2025 / CARTA VALIDA 30 DÍAS.			
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			
METLIFE NO CUBRIRÁ DIFERENCIA EN HONORARIOS MÉDICOS			
Lugar y Fecha México D.F. a 24 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