

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250299434-01

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2025/11/26	
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo
VARGAS RODRIGUEZ VICENTE	57	1967/07/19	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia)
SMURFIT CARTON Y PAPEL DE MEXICO, S.A.	2001-1032741	2025/07/01	2000/11/16
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
VARGAS RODRIGUEZ VICENTE	TITULAR	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
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
.01 TPD SI RED			Importes a cargo del Asegurado
Nombre del Médico S			Deducible \$.00
HONORARIOS DE CIRUJANO	20,261.00	PEIUC770620LG5	Coaseguro %
HONORARIOS DE ANESTESISTA	6,078.00	NOFH8001315K3	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	4,052.00	RAOM780425BD7	
Observaciones			Gastos no cubiertos por la póliza:
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS, ELABORADA EL 26/11/2025, VALIDA POR 30 DIAS.			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.
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