

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 01250297261-03

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2025/11/24	
Nombre del paciente VARGAS IZAGUIRRE ORO GALILEA	Edad 26	Fecha de Nac. 1998/05/20	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante STRIPE PAYMENTS MEXICO, S. DE R.L. DE	No. Póliza 2001-0559346	Vigencia 2025/05/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2025/04/21
Asegurado Titular VARGAS IZAGUIRRE ORO GALILEA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000127452-00	Teléfono
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		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 N		Deducible \$.00	
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 20,261.00 FAHA8306186K9	Coaseguro %	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 6,078.00 *	Gastos no cubiertos por la póliza:	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	\$ 4,052.00 RONE840501BE8	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