CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **02260202032-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/01/13

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MEJIA	CONTRERAS	HEAVEN DESIREE	12	2013/01/09	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
AT&T GRUPO SERVICIOS Y SOPORTE, S. DE	2001-0837352	2025/03/01	2022/12/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CONTRERAS	MEDINA	KATYA	HIJO (A)	0000155112168-01	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico HERNIA INGUINAL BILATERAL

Clave del Padecimiento: K40-.2

Fecha de Inicio: 2026/01/13

Clave Procedimiento: 49507 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LAPAROSCOPIA QUIRURGICA CORRECCION DE HERNIA INGUINAL IZQUIERDA INCARCERADA 13/01/2026

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **191,742.06**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **5,850.18**

Coaseguro %

Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos

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

PROCEDE PAGO. APLICA DEDUCIBLE DE $5,850.18 SIN COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. <<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA >>>

CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 13 de E N E R O del 2026

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