CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260204275-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/01/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MEDINA	MORENO	MONICA DORIS	24	2001/09/13	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
COMERCIALIZADORA PEPSICO MEXICO, S. DE	2001-0463785	2026/01/01	2024/01/30	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MEDINA	BADILLO	ENRIQUE	HIJO (A)	0000080167819-02	

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

Diagnóstico GASTROENTERITIS + DESHIDRATACION MODERADA

Clave del Padecimiento: A09-.3

Fecha de Inicio: 2026/01/27

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO

DR ADRIAN GARCIA GARMA MARTINEZ (CX GENERAL) CP 6602654/TTE

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

		Nombre del Médico S
VISITAS MEDICAS 1	$ **2,335.00**	GAMA791027JT1
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	$ **3,458.00**	GAMA791027JT1
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **.00**

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

CARTA HONORARIOS
DR ADRIAN GARCIA GARMA MARTINEZ (CX GENERAL) CP 6602654/TTE
VISITA URGENCIAS 27-01-26+VISITA HOSPITALIZACION 28 AL 29-01-26

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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