CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260205217-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0012	2026/02/03

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
CANALES	MEDINA	ANGEL IVAN	21	2003/07/02	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
RESORT CONDOMINIUMS INTERNATIONAL DE M	2012-0365644	2025/03/31	2025/02/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
CANALES	MEDINA	ANGEL IVAN	TITULAR	0000000034638-00	

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

Diagnóstico ESOFAGITIS, HERNIA HIATAL

Clave del Padecimiento: K20-.2

Fecha de Inicio: 2026/02/03

Clave Procedimiento: 43239 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO

PANENDOSCOPIA 03.02.2026

DR. RAMON OLAVIDE AGUILAR, GASTROENTEROLOGO,

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 N
VISITAS MEDICAS 1	$ **3,458.00**	RAMON OLAVIDE AGUILAR
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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

CATA DE HONORRIOS MEDICOS

DR- RAMON OLAVIDE AGUILAR, GASTROENTEROLOGO, MTTE

VISITA 04,05/02/2026

Lugar y Fecha México D.F. a 03 de FEBRERO 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