CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260211640-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/02/07

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
OISHI	GUTIERREZ	ARMANDO	25	2000/09/27		Femenino [ ] Masculino [X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. DE C.V.	2001-0271677	2025/11/30	2023/06/12	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
OISHI	GUTIERREZ	ARMANDO	TITULAR	0000000021009-00	

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

Diagnóstico GASTRITIS

ESOFAGITIS

Clave del Padecimiento: K29-.1

Fecha de Inicio: 2026/02/07

Clave Procedimiento: 43239 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

ENDOSCOPIA

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **64,668.75**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

Nombre del Médico [N]

$

$

$

$

$

$

$

$

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

SE AUTORIZA PAGO DIRECTO

SIN DEDUCIBLE SIN COASEGURO

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES O NO RELACIONADOS

MONTO AUTORIZADO INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 07 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