

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260209745-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/11	
Nombre del paciente LOPEZ MENDEZ LIZETT MONSERRAT	Edad 35	Fecha de Nac. 1989/11/10	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante BLU CARGO & LOGISTICS, S.A.P.I. DE C.V	No. Póliza 2001-0073087	Vigencia 2025/03/15	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/11/20
Asegurado Titular LOPEZ MENDEZ LIZETT MONSERRAT	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 000000000181-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico ESOFAGITIS GRADO C SECUNDARIO A HERNIA HIATAL	Clave del Padecimiento K44-9		Clave Procedimiento 43280 - 0- 0
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS			Fecha de Inicio 2026/01/30
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO			
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
LAPAROSCOPIA QUIRURGICA: FUNDUPLICATURA ESOFAGOGOASTRICA + ENDOSCOPIA			
ALTA PARA CALIBRAR FUNDUPLICATURA			
DRA.LIZETT MONSERRAT LOPEZ MENDEZ			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 106,376.56		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00
	Nombre del Médico	RED	Coaseguro %
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gastos no cubiertos por la póliza:
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IMPORTANTE:
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Observaciones			
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO			
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA			
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
Lugar y Fecha México D.F. a 11 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