# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260209745-07** Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0011 | 2026/02/11 |

| Nombre del paciente | | | Edad | Fecha de Nac. | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LOPEZ | MENDEZ | LIZETT MONSERRAT | 35 | 1989/11/10 | Femenino | X |
| | | | | | Masculino | |

**Datos de la Póliza**

| Contratante | No. Póliza | Vigencia | Fecha de Alta (afectado) | Código (Preexistencia) |
|---|---|---|---|---|
| BLU CARGO & LOGISTICS, S.A.P.I. DE C.V | 2001-0073087 | 2025/03/15 | 2024/11/20 | |

| Asegurado Titular | | | Parentesco con el Titular | Certificado | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| LOPEZ | MENDEZ | LIZETT MONSERRAT | TITULAR | 0000000000181-00 | |

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

**Diagnóstico** ESOFAGITIS GRADO C SECUNDARIO A HERNIA HIATAL

Clave del Padecimiento: K44-.9

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO

Fecha de Inicio: 2026/01/30

Clave Procedimiento

**Tratamiento Médico y/o Quirúrgico**

43280 - 0- 0

LAPAROSCOPIA QIRURGICA: 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 $ **.01**

**Honorarios Quirúrgicos** Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico: N

| | | |
|---|---|---|
| **HONORARIOS 2DO. AYUDANTE** | $ 3,427.00 | OSCAR VAZQUEZ MARTINEZ |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |
| | $ | |

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 DE HONROARIOS MEDICOS

2DO AYUDANTE: OSCAR VAZQUEZ MARTINEZ

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