CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260209745-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	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

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO

Clave del Padecimiento: K44-.9

Fecha de Inicio: 2026/01/30

Clave Procedimiento: 43280 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

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 DE CIRUJANO	$ 34,266.00	MARIO ALBERTO VELAZQUEZ
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ 10,280.00	ANESTESIOLOGIA
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ 6,853.00	AYUDANTE
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS.
ELABORADA 11/02/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

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