# CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260207792-08** Ultima Fecha de Modificación:

**Datos de la Hospitalización**

| Hospital | Habitación | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | 0005 | 2026/02/27 |

| Nombre del paciente | | | Edad | Fecha de Nac. | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MENDOZA | OJEDA | ANA LUISA BELEN | 42 | 1983/08/10 | Femenino | X |
| | | | | | Masculino | |

**Datos de la Póliza**

| Contratante | No. Póliza | Vigencia | Fecha de Alta (afectado) | Código (Preexistencia) |
|---|---|---|---|---|
| COMERCIALIZADORA PEPSICO MEXICO, S. DE | 2001-0463786 | 2026/01/01 | 2022/03/08 | |

| Asegurado Titular | | | Parentesco con el Titular | Certificado | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|
| MARTINEZ | SANCHEZ | DAVID | CONYUGE | 0000080320377-01 | |

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

**Diagnóstico** TUMORACIÓN LIPOMATOSA ABDOMINAL

Clave del Padecimiento: D17-.1

Fecha de Inicio: 2025/10/28

Clave Procedimiento: 22902 - 0- 0

**Tratamiento Médico y/o Quirúrgico**

ESCISIÓN DE TUMOR DE TEJIDOS BLANDOS PROFUNDOS ABDOMINAL

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

**Importes Autorizados**

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **66,640.54**

**Honorarios Quirúrgicos**

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico: N

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

**Importes a cargo del Asegurado**

Deducible $ **5,349.33**

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 ALTA HOSPITALARIA
PROCEDE CON DEDUCIBLE DE $5,349.33, SIN COASEGURO
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA.
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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