CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260207792-07** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/03/20

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

MT.DR.MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO (CG)

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	$ 13,697.00	VFSM870608QN6
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ 2,739.00	AULA880524BB8
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	$ 1,370.00	VAZQUEZ MARTINEZ OSCAR
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ 4,109.00	SAPD880909ML7
	$	
	$	
	$	
	$	

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 HONORARIOS MEDICOS
MT.DR.MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO
PROCEDIMIENTO

Lugar y Fecha México D.F. a 20 de M A R Z O 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