CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260602257-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/03/21

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
LEON	TORRES	JARNO ADRIK	18	2007/09/03	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
KEMISH LEON TENORIO	6001-1393525	2026/01/26	2022/01/26	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
LEON	TENORIO	KEMISH	HIJO (A)	0000000000001-01	

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

Diagnóstico GEPI

PANEL MOLECULAR GASTROINTESTINAL
E. COLI ENTEROPATOGÉNICA (EPEC) DETECTADO *
NOROVIRUS DETECTADO

Clave del Padecimiento: A04-.0

Fecha de Inicio: 2026/03/21

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MÉDICO

MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO

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 TRATAMIENTO MEDICO	$ 5,793.00	VESM870608QN6
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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
MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO
ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA

Lugar y Fecha México D.F. a 21 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