CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260227195-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/26

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GUTIERREZ	BADILLO	JOSE DE JESUS	28	1996/09/18	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
RESORT CONDOMINIUMS INTERNATIONAL DE M	2012-0365644	2025/03/31	2026/02/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GUTIERREZ	BADILLO	JOSE DE JESUS	TITULAR	0000000034857-00	

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

Diagnóstico

DUODENITIS EROSIVA

ENDOSCOPIA: GASTRITIS EROSIVA DE ANTRO, TUMOR GASTRICO PB PANCREAS ECTOPICO, DUODENITIS EROSIVA

Clave del Padecimiento: K29-.8

Fecha de Inicio: 2026/03/26

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

43239 - 0- 0

ENDOSCOPIA

MT: MAYA LAGUNA FABIAN ANTONIO, CIR. GRAL, CP 10728485, AJUSTA

DR. JUAN ANTONIO GUTIERREZ OCHOA, CIR GRAL, CP 12440547, AJUSTA, IC

CERTIFICACION VIGENTE PARA ENDOSCOPIA DEL APARATO DIGESTIVO

N° CERTIFICADO: EAD-0040, LIBRO: 10, FOJA: 40

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **69,438.21**

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 $ **.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

PROCEDE PAGO DIRECTO SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS. ALTA.

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 26 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