

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260227195-02

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2026/03/26	
Nombre del paciente GUTIERREZ BADILLO JOSE DE JESUS	Edad 28	Fecha de Nac. 1996/09/18	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante RESORT CONDOMINIUMS INTERNATIONAL DE M	No. Póliza 2012-0365644	Vigencia 2025/03/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2026/02/16
Asegurado Titular GUTIERREZ BADILLO JOSE DE JESUS	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000034857-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
<b>Diagnóstico</b>			Clave del Padecimiento
DUODENITIS EROSIVA			K29-8
ENDOSCOPIA: GASTRITIS EROSIVA DE ANTRO, TUMOR GASTRICO PB PANCREAS ECTOPICO, DUODENITIS EROSIVA			Fecha de Inicio 2026/03/26
			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			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		
<b>Importes Autorizados</b>		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$	.01
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>		Código Tabulador	Negociación
		01 TPD	SI
			RED
		Nombre del Médico	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
HONORARIOS DE CIRUJANO	\$ 9,932.00	GUOJ8912117X3	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	\$ 2,980.00	HEFA930925IG6	
HONORARIOS INTERCONSULTANTE	\$ 955.00	GUOJ8912117X3	
HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	\$ 4,064.00	MALE860707HC4	
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
		<b>Procede la Reclamación</b>	
		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		<b>Importes a cargo del Asegurado</b>	
		Deducible \$	.00
		Coaseguro	%
		Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos	
		<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>	
		Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.	
		<b>IMPORTANTE:</b>	
		El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.	
<b>Observaciones</b>			
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS			
DR. JUAN ANTONIO GUTIERREZ OCHOA PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO			
DR. MAYA LAGUNA FABIAN ANTONIO. ATN 26 AL 27 MARZO			
Lugar y Fecha México D.F. a 26 de MARZO 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