CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260227674-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MARTINEZ	BECERRA	LIZBETH	37	1988/06/03	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
TRANSINT SERVICIOS ESPECIALIZADOS, S.	2001-0271841	2026/01/01	2021/09/01	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MARTINEZ	BECERRA	LIZBETH	TITULAR	0000003006450-00	

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

Diagnóstico GASTRITIS EROSIVA POR H PYLORI

Clave del Padecimiento: Z03-.9

Fecha de Inicio: 2026/03/29

Clave Procedimiento: 43239 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

MEDICO HOSPITALARIO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **88,595.82**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

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

CARTA HOSPITAL

PROCEDE SIN DEDUCIBLE Y COASEGURO DE 0% POR ENDOSO

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO

++LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*+*+

*** SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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