

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250605401-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	Fecha de Ingreso 2025/12/23	
Nombre del paciente ISLAS	Edad 44	Fecha de Nac. 1981/05/12	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante FELIPE NORBERTO ISLAS ISLAS	No. Póliza 6001-1346915	Vigencia 2025/09/18	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2020/09/18
Asegurado Titular ISLAS	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 00000000000001-00	Teléfono 5520353423
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA BILATERAL Y PERFORANTES		Clave del Padecimiento 187-2	
		Fecha de Inicio 2025/10/01	
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico		37760 - 0- 0	
LIGADURA SUBFASIAL DE VENAS PERFORANTES TIPO LINTON BILATERAL+			
SAFENOABLACIÓN DE VENAS SAFENA MAYOR BILATERAL CON LASER+			
FLEBECTOMIAS BILATERALES			
DR.VICENTE ANDRES ALVARADO VELEZ (CX VASCULAR) CP.13783505			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$165,544.00	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$ 43,161.80 Coaseguro 10 %		
Nombre del Médico N	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 VALIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS APLICA DEDUCIBLE \$35,000.00			
CON COASEGURO HOSPITALARIO 10% Y COASEGURO MEDICO POR \$8,161.80			
(REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE) TOPE DE COASEGURO: \$77,000.00			
ELABORADA EL 23/12/2025 / VALIDA DURANTE 30 DIAS NATURALES			
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE AL INGRESO			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
Lugar y Fecha México D.F. a 23 de DICIEMBRE del 2025		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