

**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02250605401-02

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>				
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	Fecha de Ingreso 2025/12/23		
Nombre del paciente ISLAS ISLAS	Edad 44	Fecha de Nac. 1981/05/12	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Datos de la Póliza</b>				
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 ISLAS	FELIPE NORBERTO	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"/>		
<b>Diagnóstico</b> INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA BILATERAL Y PERFORANTES				
			Clave del Padecimiento I87-2	
			Fecha de Inicio 2025/10/01	
			Clave Procedimiento	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>				
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 .			
<b>Importes Autorizados</b>	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$165,544.00			
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RED	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ 43,161.80 Coaseguro 10 % <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 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	