

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01200281638-12

Ultima Fecha de Modificación:

| Datos de la Hospitalización | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|
| Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | Habitación 0005 | Fecha de Ingreso 2026/01/06 | |
| Nombre del paciente DREVES GONZALEZ CRISTINA ALICIA | Edad 36 | Fecha de Nac. 1983/07/28 | Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| Datos de la Póliza | | | |
| Contratante AEROVIA DE MEXICO, S.A. DE C.V. | No. Póliza 2001-0433216 | Vigencia 2020/01/01 | Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2011/10/05 |
| Asegurado Titular DREVES GONZALEZ CRISTINA ALICIA | Parentesco con el Titular TITULAR | Certificado 0000000138911-00 | Teléfono |
| Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> | | | |
| Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA BILATERAL | | | Clave del Padecimiento 187-2 |
| | | | Fecha de Inicio 2020/10/12 |
| PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO | | | |
| | | | Clave Procedimiento |
| Tratamiento Médico y/o Quirúrgico | | | 37760 - 0- 0 |
| LIGADURA SUBFACIAL DE VASOS PERFORANTES TIPO LINTON AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, LIGADURA, DIVISION DE VENAS VARICOSAS DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES | | | |
| Causa del Rechazo SI PROCEDE | | | |
| Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 167,841.72 | | 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 | |
| Nombre del Médico N | | 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 DE ALTA HOSPITALARIA | | | |
| PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO | | | |
| NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS | | | |
| CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA | | | |
| ***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*** | | | |
| Lugar y Fecha México D.F. a 06 de ENERO del 2026 | | Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición | |
| Gerente Pago Directo GMM | | Recibe Médico | |
| Enterado Familiar y/o paciente | | Recibi Hospital | |

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLSUCETF

Episodio:1501303087

Fecha de Ingreso: 18.01.2026

Hora de Ingreso: 22:49:00

Fecha de Egreso : 19.01.2026

Hora de Egreso : 12:07:00

Paciente: CRISTINA ALICIA DREVES GONZALEZ

Página: 4 de 4

Fecha: 19.01.2026 Hora: 13:17:12

Compañía: METLIFE MEXICO

Médico: EDER MENDOZA FUENTES

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

| | |
|--|------------|
| CARGOS APOYO BIOMÉDICO | 100,868.35 |
| CARGOS ATENCIÓN MÉDICA | 300.00 |
| CARGOS CIRUGÍA | 23,611.38 |
| CARGOS INSUMOS | 9,812.40 |
| CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS | 9,112.58 |
| CARGOS UNIDAD DE CIRUGÍA EXTERNA | 986.37 |
| DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO | 16,138.94- |
| DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA | 48.00- |
| DESCUENTO CIRUGÍA | 3,777.83- |
| DESCUENTO INSUMOS | 1,569.99- |
| DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS | 1,458.02- |
| DESCUENTO UNIDAD DE CIRUGÍA EXTERNA | 157.82- |
| Importe: | 144,691.08 |
| Descuentos: | 23,150.60- |
| Sub-total: | 121,540.48 |
| IVA(16,00%): | 19,446.48 |
| Total de Cargos: | 140,986.96 |
| Deducible: | 0.00 |
| Coaseguro: | 0.00 |
| Entrega a cuenta: | 0.00 |
| Total a Pagar: | 140,986.96 |

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLSUCETF

Episodio:1501303087

Paciente: CRISTINA ALICIA DREVES GONZALEZ

Fecha de Ingreso: 18.01.2026

Hora de Ingreso: 22:49:00

Fecha de Egreso : 19.01.2026

Hora de Egreso : 12:07:00

Página: 1 de 2

Fecha: 19.01.2026 Hora: 13:12:38

Compañía: Paciente particular

Médico: EDER MENDOZA FUENTES

| Fecha | Código | Descripción | Cant | Precio Part. | Desc (%) | Precio Cargo | I.V.A. | Importe | Saldo | Hora | Usuario |
|------------|------------|---------------------------------------|------|--------------|----------|--------------|--------|---------|--------|-------|----------|
| 18.01.2026 | 2000163509 | TOALLA CAVILON PROT 1ML 3344 C30 | 1 | 82.01 | 0.00 | 82.01 | 13.12 | 95.13 | 95.13 | 23:11 | SOAPUSER |
| 19.01.2026 | ADM-100043 | USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES | 1 | 95.25 | 0.00 | 95.25 | 15.24 | 110.49 | 205.62 | 09:22 | HBROMERO |
| 19.01.2026 | 2000234242 | GUANTE CIRUGIA 7 354104 MEDI-GRIP | 2 | 40.92 | 0.00 | 81.84 | 13.09 | 94.93 | 300.55 | 09:28 | HBROMERO |
| 19.01.2026 | 2000234243 | GUANTE CIRUGIA 7 1/2 354105 MEDI-GRIP | 1 | 40.92 | 0.00 | 40.92 | 6.55 | 47.47 | 348.02 | 09:28 | HBROMERO |

| Fecha | Anticipo | Entrega Cta. | F. Pago | Banco | Referencia | Autoriz. | Precio Part | Importe | Saldo |
|-------|----------|--------------|---------|-------|------------|----------|-------------|---------|-------|
|-------|----------|--------------|---------|-------|------------|----------|-------------|---------|-------|

| | |
|-------------------|--------|
| Importe: | 300.02 |
| Descuentos: | 0.00 |
| Sub-total: | 300.02 |
| IVA(16,00%): | 48.00 |
| Total de Cargos: | 348.02 |
| Deducible: | 0.00 |
| Coaseguro: | 0.00 |
| Entrega a cuenta: | 0.00 |
| Total a Pagar: | 348.02 |

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLSUCETF

Fecha de Ingreso: 18.01.2026

Fecha de Egreso : 19.01.2026

Episodio:1501303087

Hora de Ingreso: 22:49:00

Hora de Egreso : 12:07:00

Paciente: CRISTINA ALICIA DREVES GONZALEZ

Página: 2 de 2

Fecha: 19.01.2026 Hora: 13:12:38

Compañía: Paciente particular

Médico: EDER MENDOZA FUENTES

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

| | |
|-------------------|--------|
| CARGOS ADMISIÓN | 95.25 |
| CARGOS INSUMOS | 204.77 |
| Importe: | 300.02 |
| Descuentos: | 0.00 |
| Sub-total: | 300.02 |
| IVA(16,00%): | 48.00 |
| Total de Cargos: | 348.02 |
| Deducible: | 0.00 |
| Coaseguro: | 0.00 |
| Entrega a cuenta: | 0.00 |
| Total a Pagar: | 348.02 |