

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260204819-05

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/01/29	
Nombre del paciente GONZALEZ SALGADO ALEJANDRA	Edad 28	Fecha de Nac. 1997/12/01	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante DHL CORPORATE SERVICES SC MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1621961	Vigencia 2025/12/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2023/01/06
Asegurado Titular GONZALEZ SALGADO ALEJANDRA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 000000060796-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico* TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA			Clave del Padecimiento I82-9
INFERIOR IZQUIERDA DESDE VENA FEMORAL COMÚN HASTA TRONCO TIBIOPERONEO, Y VENA SAFENA MAYOR Y MENOR EN SU SEGMENTOS PROXIMALES. EXTREMIDAD			Fecha de Inicio 2026/01/29
INFERIOR DERECHA SIN EVIDENCIA DE TROMBOSIS.			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			99221 - 0- 0
*MANEJO MÉDICO			
Causa del Rechazo			SI PROCEDE <input type="checkbox"/>
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 68,078.14		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado
	RED	Nombre del Médico <input type="text" value="S"/>	Deducible \$ 3,999.12
\$ _____			Coaseguro 5 %
\$ _____			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.DEDUCIBLE DE \$3,566.22 MN, CON COASEGURO HOSPITAL Y MEDICO DE 5% (\$432.9 MN) REFLEJADO EN EL DEDUCIBLE.			
TOPE DE COASEGURO: \$25,000 MN. NO SE CUBRE LO NO RELACIONADO.			
MONTO AUTORIZADO INCLUYE IVA / EL COASEGURO SE CALCULA SOBRE ESE TOTAL			
*** CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA ***			
Lugar y Fecha México D.F. a 29 de ENERO 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