CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **02260204819-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/01/29

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GONZALEZ	SALGADO	ALEJANDRA	28	1997/12/01	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
DHL CORPORATE SERVICES SC MEXICO, S.A.	2001-1621961	2025/12/31	2023/01/06	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GONZALEZ	SALGADO	ALEJANDRA	TITULAR	0000000060796-00	

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

Diagnóstico *TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA

INFERIOR IZQUIERDA DESDE VENA FEMORAL COMÚN HASTA TRONCO TIBIOPERONEO, Y VENA SAFENA MAYOR Y MENOR EN SU SEGMENTOS PROXIMALES. EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA SIN EVIDENCIA DE TROMBOSIS.

Clave del Padecimiento: I82-.9

Fecha de Inicio: 2026/01/29

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

*MANEJO MÉDICO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

Nombre del Médico [S]

HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	$ **5,793.00**	LIVA8011273P8
HONORARIOS INTERCONSULTANTE	$ **2,865.00**	MEFE850520EB4
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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

PROCEDE COMO CARTA DE PAGO DIRECTO PARA TABULACION DE HONORARIOS
*DR ANGEL ANTONIO LICONA VAZQUEZ, GYO, TTE, CP 7876932
ATN MED INICIAL Y SUBSECUENTE 29/01;01,02/02/2026
*DR EDER MENDOZA FUENTES, ANGIO, IC,CP 11770466
ATN MED 29/01;01,02/02/2026

Lugar y Fecha México D.F. a 29 de E N E R 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