

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02260208994-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/03/07	
Nombre del paciente PEREZ VELAZQUEZ ERIKA MARIA	Edad 50	Fecha de Nac. 1974/08/30	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante NATURA COSMETICOS Y SERVICIOS DE MEXIC	No. Póliza 2001-0757124	Vigencia 2025/07/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/07/16
Asegurado Titular PEREZ VELAZQUEZ ERIKA MARIA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000137282-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico			Clave del Padecimiento
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA BILATERAL			187-2
			Fecha de Inicio 2026/02/04
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			37760 - 0- 0
LIGADURA DE VENAS PERFORANTES TIPO LINTON BILATERAL			
MT.DR.VICENTE ANDRES ALVARADO VELEZ (ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR)			
Causa del Rechazo			SI PROCEDE <input type="checkbox"/>
Importes Autorizados		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 191,531.57	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.
Honorarios Quirúrgicos		Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED Nombre del Médico N \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	
Observaciones			
PROCEDE CARTA DE PAGO DIRECTO PARA GASTOS HOSPITALARIOS, NO APLICA DEDUCIBLE, NO COASEGURO HOSPITALARIO NI MEDICO. NO SE CUBRE GASTO PERSONAL NI LO NO RELACIONADO AL PADECIMEINTO ACTUAL. ESTA CARTA CIERRA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA. *LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA*.			
Lugar y Fecha		México D.F. a 07 de MARZO 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