CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260220210-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/03/05

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
HERNANDEZ	ANGELES	PATRICIA	52	1972/09/15	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
ITALMEX, S.A.	2001-0840721	2025/09/02	2019/01/07	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GOMEZ	CAMACHO	ALFREDO	CONYUGE	0000000002776-01	

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

Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA

Clave del Padecimiento: I87-.2

Fecha de Inicio: 2026/02/19

Clave Procedimiento: 37760 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LIGADURA SUBFACIAL DE VASOS PERFORANTES TIPO LINTON DE EXTRAMIDAD INFERIOR IZQUIERDA.LIGADURA, DIVISION, ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA

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 N
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **36,275.00**	MEEF850520EB4
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **7,255.00**	MOAL831027J82
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	$ **3,628.00**	OISB861116B44
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **10,883.00**	ROPK890514AJ6
	$	
	$	
	$	
	$	

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

CARTA DE HONORARIOS MEDICOS
DR MENDOZA FUENTES EDER
PROCEDIMIENTO

Lugar y Fecha México D.F. a 05 de M A R Z 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