CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260224940-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/20

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
GAUCIN	ROMAN	JOEL	45	1980/07/13	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
BECTON DICKINSON DE MEXICO, S.A. DE C.	2001-0368032	2026/01/01	2009/01/05	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GAUCIN	ROMAN	JOEL	TITULAR	0000010097495-00	

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

Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA BIALTERAL

Clave del Padecimiento: I87-.2

Fecha de Inicio: 2026/02/26

Clave Procedimiento: 37760 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LIGADURA DE VENAS PERFORANTES TIPO LINTON BILATERAL + SAFENOABLACION LASER BILATERAL + FLEBECTOMIAS

DR.VICENTE ANDRES ALVARADO VELEZ

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **199,732.19**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED: N

Nombre del Médico

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **3,566.22**

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
APLICA DEDUCIBLE DE $ 3,566.22 MN / SIN COASEGURO HOSPITALARIO
TOPE DE COASEGURO $30,000 MN
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 20 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