CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260212540-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2026/02/10

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ANGELES	BARRETO	MARICRUZ	37	1988/12/24	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	2023/06/02	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ANGELES	BARRETO	MARICRUZ	TITULAR	0000000037322-00	

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

Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA BILATERAL

+ INSUFICIENCIA DE VENAS PERFORANTES BILATERAL

/*PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO*\

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

Clave del Padecimiento: I87-.2

Fecha de Inicio: 2025/09/07

Clave Procedimiento: 37760 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LIGADURA DE VASOS PERFORANTES (TIPO LINTON) DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES

+ ABLACION ENDOVENOSA CON RADIOFRECUENCIA

|DR.EDER MENDOZA FUENTES - ANGIO

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **165,544.00**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	N

Nombre del Médico

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **7,647.12**

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 VÁLIDA PARA G A S T O S H O S P I T A L A R I O S .

APLICA DEDUCIBLE: $3,566.22 || COASEGURO HOSPITALARIO: 05%, COASEGURO MÉDICO: 05% ($4,080.90) REFLEJADO EN RUBRO DE DEDUCIBLE.

TOPE DE COASEGURO: $25,000.00

ELABORADA 10/02/2026 | CARTA VIGENTE POR 30 DIAS

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS.

Lugar y Fecha México D.F. a 10 de FEBRERO 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