CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260212540-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	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

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 $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD | Negociación: SI | RED

		Nombre del Médico	N
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **54,412.00**	MEEE850520EB4	
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **16,324.00**	ROPK890514AJ6	
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **10,882.00**	RECE881121HB5	
	$		
	$		
	$		
	$		
	$		

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 VÁLIDA PARA H O N O R A R I O S M É D I C O S .

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

ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.

** HONORARIOS MÉDICOS DE 2° AYUDANTE SE VALIDARÁ CON NOTA QUIRÚRGICA

|DR.EDER MENDOZA FUENTES - ANGIO

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