CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **02260208994-02** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2026/02/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
PEREZ	VELAZQUEZ	ERIKA MARIA	50	1974/08/30		Femenino [X] Masculino [ ]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
NATURA COSMETICOS Y SERVICIOS DE MEXIC	2001-0757124	2025/07/01	2021/07/16	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
PEREZ	VELAZQUEZ	ERIKA MARIA	TITULAR	0000000137282-00	

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

Diagnóstico

INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA BILATERAL

Clave del Padecimiento: I87-.2

Fecha de Inicio: 2026/02/04

Clave Procedimiento: 37760 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LIGADURA DE VENAS PERFORANTES TIPO LINTON BILATERAL

DR VICENTE ANDRES ALVARADO VELEZ

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

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

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico [N]

$

$

$

$

$

$

$

$

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

CUBRE ATENCIÓN HOSPITALARIA, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS.
APLICA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO HOSPITALARIO
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.
ELABORADA 27/02/2026, VÁLIDA POR 30 DIAS

Lugar y Fecha México D.F. a 27 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