

## CARTA AUTORIZACIÓN

Folio DCN                    20260304AN0000000832

Siniestro - Reclamación      1260220210-1

Datos generales			
<b>Hospital</b>	<b>Tipo de trámite</b>	<b>Fecha de ingreso hospitalario</b>	
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	CPM	2026/03/05	
<b>Nombre del paciente</b>	<b>Edad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	
HERNANDEZ ANGELES      PATRICIA	52	1972/09/15	
<b>Contratante</b>	<b>Número de póliza</b>	<b>Sexo</b>	
ITALMEX, S.A.	840721	<input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Asegurado titular</b>	<b>Certificado</b>		
GOMEZ CAMACHO      ALFREDO	0000000002776-01		

Causa del Internamiento		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo
<b>Diagnóstico</b>		
INSUFICIENCIA VENOSA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA		

Tratamiento médico y/o quirúrgico	Clave de procedimiento:
	37760 - 0- 0
LIGADURA SUBFACIAL DE VASOS PERFORANTES TIPO LINTON DE EXTRAMIDAD INFERIOR IZQUIERDA.LIGADURA, DIVISION, ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA	

Importes autorizados		
Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Red	<b>Médico acepta</b>
		SI
		_____
		MEFE850520EB4
		\$36,275.00
		ROPK890514AJ6
		\$10,883.00
		RECE881121HB5
		\$7,255.00

Observaciones
CARTA DE HONORARIOS MEDICOS. ELABORADA EL 05/03/2026, VALIDA HASTA EL 01/04/2026.
SEGUNDO AYUDANTE SERÁ VALORADO VÍA PAGO DIRECTO CON NOTA POSTQUIRÚRGICA CLARA Y DETALLADA INDICANDO FUNCIONES REALIZADAS POR CADA MÉDICO PARTICIPANTE EN EL PROCEDIMIENTO
Lugar y fecha      Ciudad de México a 05 de Marzo de 2026

