CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **02260205493-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0001	2026/02/19

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
HERNANDEZ	JUAREZ	VIRIDIANA	36	1988/10/04	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
TC HEARTLAND MEXICO MANUFACTURA, S. DE	2001-0657212	2025/07/01	2024/02/19	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
HERNANDEZ	JUAREZ	VIRIDIANA	TITULAR	0000000001508-00	

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

Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA BILATERAL

Clave del Padecimiento: I87-.2

Fecha de Inicio: 2025/05/17

Clave Procedimiento: 37760 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LIGADURA SUBFACIAL DE VASOS PERFORANTES TIPO LINTON DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES + LIGADURA, DICISION, ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES

DR EDER MENDOZA FUENTES (ANGIOLOGIA)

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 $ **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 VALIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS. CARTA ELABORADA 20/02/2026
CARTA VIGENTE POR 30 DIAS. PROCEDE CON DEDUCIBLE $3,566.22
SIN COASEGURO MEDICO Y HOSPITALARIO TOPE DE OASEGURO $25,300.00
FAVOR DE PRESEDNTAR IDENTIFICACION AL INGRESO
EN CASO DE TACHADURAS/ENMENDADURAS CARTA INVALIDA

Lugar y Fecha México D.F. a 19 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