

CARTA AUTORIZACIÓN

Folio DCN 20260317LKWSC0553558

Sinistro - Reclamación 1260224940-1

Datos generales			
Hospital		Tipo de trámite	Fecha de ingreso hospitalario
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		CPM	2026/03/20
Nombre del paciente		Edad	Fecha de nacimiento
GAUCIN ROMAN	JOEL	45	1980/07/13
Contratante	Número de póliza		Sexo
BECTON DICKINSON DE MEXICO, S.A. DE C.	368032		<input type="checkbox"/> Femenino
Asegurado titular		Certificado	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
GAUCIN ROMAN	JOEL	0000010097495-00	

Causa del Internamiento		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo
Diagnóstico		
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA BIALTERAL		
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO		

Tratamiento médico y/o quirúrgico	Clave de procedimiento:
	37760 - 0- 0
LIGADURA DE VENAS PERFORANTES TIPO LINTON BILATERAL + SAFENOABLACION LASER BILATERAL + FLEBECTOMIAS	
DR.VICENTE ANDRES ALVARADO VELEZ	

Importes autorizados		
Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Red	Médico acepta
		SI
		VICENTE ANDRES ALVARADO
		\$54,412.00
		ANESTESIOLOGIA
		\$16,324.00
		AYUDANTE
		\$10,882.00

Observaciones
CARTA VÁLIDA PARA HONORARIOS MÉDICOS.
ELABORADA 20/03/2026 / CARTA VIGENTE POR 30 DIAS
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS
Lugar y fecha Ciudad de México a 23 de Marzo de 2026

CARTA AUTORIZACIÓN

Folio DCN 20260317LKWSC0553558

Siniestro - Reclamación 1260224940-2

Datos generales			
Hospital		Tipo de trámite	Fecha de ingreso hospitalario
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		CPH	2026/03/20
Nombre del paciente		Edad	Fecha de nacimiento
GAUCIN ROMAN	JOEL	45	1980/07/13
Contratante	Número de póliza		Sexo
BECTON DICKINSON DE MEXICO, S.A. DE C.	368032		<input type="checkbox"/> Femenino
Asegurado titular		Certificado	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
GAUCIN ROMAN	JOEL	2001	

Causa del Internamiento		
<input type="checkbox"/> Accidente	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo
Diagnóstico		
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA BIALTERAL		
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS		
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS		
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO		

Tratamiento médico y/o quirúrgico	Clave de procedimiento:
LIGADURA DE VENAS PERFORANTES TIPO LINTON BILATERAL + SAFENOABLACION LASER BILATERAL + FLEBECTOMIAS	37760 - 0- 0
DR.VICENTE ANDRES ALVARADO VELEZ	

Importes autorizados		
Hospital	\$165,544.00	Importe a pagar por el asegurado
		Deducible \$3,566.22
		Coaseguro 0 %

Observaciones	
CARTA VÁLIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS	
APLICA DEDUCIBLE DE \$ 3,566.22 MN / SIN COASEGURO HOSPITALARIO	
TOPE DE COASEGURO \$30,000 MN	
ELABORADA 20/03/2026 CARTA VIGENTE POR 30 DIAS	
Lugar y fecha	Ciudad de México a 23 de Marzo de 2026