

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01200281638-08

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0130	Fecha de Ingreso 2026/01/06	
Nombre del paciente DREVES GONZALEZ CRISTINA ALICIA	Edad 36	Fecha de Nac. 1983/07/28	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante AEROVÍAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0433216	Vigencia 2020/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2011/10/05
Asegurado Titular DREVES GONZALEZ CRISTINA ALICIA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000138911-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA BILATERAL	Clave del Padecimiento I87-2		
	Fecha de Inicio 2020/10/12		
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			
	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico	37760 - 0- 0		
LIGADURA SUBFACIAL DE VASOS PERFORANTES TIPO LINTON AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES, LIGADURA, DIVISION DE VENAS VARICOSAS DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$.01	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED	Importes a cargo del Asegurado Deducible \$.00		
HONORARIOS DE CIRUJANO \$ 54,413.00 MEF850520FB4	Coaseguro %		
HONORARIOS DE ANESTESISTA \$ 16,324.00 ROPK890514AJ6	Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos		
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE \$ 10,883.00 RECE881121HB5	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.		
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE \$ 5,441.00 OISB861116B44	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 HONORARIOS MEDICOS ELABORADA 06/01/2026 VIGENTE POR 30 DIAS ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURA O ENMENDADURAS.			
Lugar y Fecha México D.F. a 06 de ENERO 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