

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01200281638-09

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	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 187-2	
		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 \$ 165,544.00		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	
Nombre del Médico N		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 PARA GASTOS HOSPITALARIOS APLICA SIN DEDUCIBLE SIN COASEGURO			
ELABORADA EL 06/01/2026, VIGENTE POR 30 DIAS ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURA O ENMENDADURAS NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
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		Recibe Médico	
Enterado Familiar y/o paciente		Recibi Hospital	