

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250258140-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización					
Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso			
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2025/12/16			
Nombre del paciente	Edad	Fecha de Nac.	Sexo	Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>
SANCHEZ CASTILLO SANDRA ERANDELY	36	1988/06/18	Masculino	<input type="checkbox"/>	
Datos de la Póliza					
Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)	
AEROVIA DE MEXICO, S.A. DE C.V.	2001-0933215	2025/01/01	2022/08/26		
Asegurado Titular	Parentesco con el Titular		Certificado	Teléfono	
LOPEZ GARCIA AARON AKZAYAKATL	CONYUGE		0000000496317-01		
Causa del Internamiento	Accidente	Enfermedad	Embarazo		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico			Clave del Padecimiento		
DESVIACION SEPTAL. COLAPSO VALVULAR CON LACERACION DE MUCOSA SEPTAL			J34-8		
			Fecha de Inicio		
			2025/05/08		
			Clave Procedimiento		
			30520 - 0- 0		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico					
SEPTUMPLASTIA CAUTERIZACION CON RADIOFRECUENCIA CAUTERIZACION DE VASOS					
SANGRANTES MUCOSA SEPTAL IZQUIERDA					
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .				
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$175,592.62					
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación					
01 TPD SI RED					
Nombre del Médico S					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
\$					
Procede la Reclamación					
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Importes a cargo del Asegurado					
Deducible \$ 1,000.00					
Coaseguro %					
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 DE ALTA HOSPITALARIA					
PROCEDE CON DEDUCIBLE \$1,000.SIN COASEGURO					
NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS					
CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA					
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA					
Lugar y Fecha México D.F. a 16 de DICIEMBRE del 2025			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	