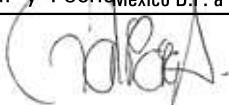


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**

Folio No.000000 Inicial SI  NO 

SINIESTRO No. 02250258140-06

Ultima Fecha de Modificación:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Datos de la Hospitalización</b>  |  |  |
| Hospital<br>HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES  | Habitación<br>0005   | Fecha de Ingreso<br>2025/12/16   |
| Nombre del paciente<br>SANCHEZ CASTILLO   | Edad<br>36   | Fecha de Nac.<br>1988/06/18  |
|   |  | Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| <b>Datos de la Póliza</b>   |  |  |
| Contratante<br>AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.   | No. Póliza<br>2001-0933215   | Vigencia<br>2025/01/01   |
| Asegurado Titular<br>LOPEZ GARCIA   | Parentesco con el Titular<br>AARON AKZAYAKATI                                  | Certificado<br>CONYUGE   |
| Causa del Internamiento<br>Accidente  | Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>                                 | Embarazo   |
| <b>Diagnóstico</b>  |  |  |
| DESVIACION SEPTAL. COLAPSO VALVULAR CON LACERACION DE MUCOSA SEPTAL   |  |  |
| J34-8   |  |  |
| Fecha de Inicio<br>2025/05/08   |  |  |
| Clave del Padecimiento  |  |  |
| Clave Procedimiento   |  |  |
| <b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>  |  |  |
| 30520 - 0- 0  |  |  |
| SEPTUMPLASTIA CAUTERIZACION CON RADIOFRECUENCIA CAUTERIZACION DE VASOS  |  |  |
| SANGRANTES MUCOSA SEPTAL IZQUIERDA  |  |  |
| Causa del Rechazo SI PROCEDE .  |  |  |
| <b>Importes Autorizados</b> Suma asegurada para gastos Hospitalarios <b>\$175,592.62</b>  |  |  |
| <b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación<br>01 TPD SI RED   |  |  |
| Nombre del Médico <input type="checkbox"/> S  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| \$ _____  |  |  |
| Procede la Reclamación<br>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |  |  |
| <b>Importes a cargo del Asegurado</b>   |  |  |
| Deductible \$ 1,000.00  |  |  |
| Coaseguro %   |  |  |
| <b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b><br>Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas. |  |  |
| <b>IMPORTANTE:</b><br>El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.  |  |  |
| <b>Observaciones</b>  |  |  |
| 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  |  |  |
| <b>***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***</b>   |  |  |
| Lugar y Fecha<br>Méjico 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  |