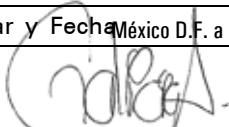


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250250638-14

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/11/26	
Nombre del paciente MORALES SALDANA	Edad 46	Fecha de Nac. 1978/03/12	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0933215	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/12/16
Asegurado Titular SERRANO RAMIREZ	MARCO ANTONIO	Parentesco con el Titular CONYUGE ...	Certificado 0000000140021-03
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico LESIÓN DE RODILLA			
RMN FRACTURA HORIZONTAL EN CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL Y EXTRUSIÓN POR FUERA DEL ESPACIO ARTICULAR CON ABOMBAMIENTO	Clave del Padecimiento S83- 6		
DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.DERRAME ARTICULAR Y BURSITIS SUPRA-PATELAR.LESION CONDRAL GRADO 3 B EN FACETA MEDIAL DE LA PATELA	Fecha de Inicio 2025/11/07		
LESION CONDRAL GRADO 4 A EN SURCO INTERCONDILEO Y CONDILLO MEDIAL	Clave Procedimiento		
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA + PLASTIA MENISCO MEDIAL IZQUIERDO	29882 - 0- 0		
CON SUTURA DE ALTA			
RESITENCIA + CONDROPLASTIA CONDILLO FEMORAL MEDIAL			
DR JORGE CARLOS PAZ SOSA TYO			
Causa del Rechazo	SI PROcede .		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 238,910.50		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		RED	Importes a cargo del Asegurado
		Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N	Deducible \$.00
\$			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 nato,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			
PROCEDE PAGO. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA.			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO			
ACTUAL. <<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA			
>>>			
***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA**			
Lugar y Fecha  Méjico D.F. a 26 de NOVIEMBRE 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