

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02250250638-14

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/11/26	
Nombre del paciente MORALES SALDANA ANA LAURA	Edad 46	Fecha de Nac. 1978/03/12	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
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"/>			
<b>Diagnóstico</b> LESION DE RODILLA		Clave del Padecimiento S83-6	
RMN FRACTURA HORIZONTAL EN CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL Y		Fecha de Inicio 2025/11/07	
EXTRUSIÓN POR FUERA DEL ESPACIO ARTICULAR CON ABOMBAMIENTO			
DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.DERRAME ARTICULAR Y BURSITIS SUPRA-			
PATELAR.LESION CONDRAL GRADO 3 B EN FACETA MEDIAL DE LA PATELA			
LESION CONDRAL GRADO 4 A EN SURCO INTERCONDILEO Y CONDILO MEDIAL		Clave Procedimiento	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>		29882 - 0- 0	
ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA + PLASTIA MENISCO MEDIAL IZQUIERDO			
CON SUTURA DE ALTA			
RESITENCIA + CONDROPLASTIA CONDILO FEMORAL MEDIAL			
DR JORGE CARLOS PAZ SOSA TYO			
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 238,910.50		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
		Nombre del Médico	N
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
<b>Observaciones</b>		<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
PROCEDE PAGO. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA.		<b>Importes a cargo del Asegurado</b>	
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO		Deducible \$ .00	
ACTUAL. <<<LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA		Coaseguro %	
>>>		Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos	
***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA**		<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b> Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.	
Lugar y Fecha México 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