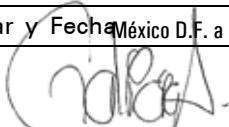


**CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO**
**Folio No.000000 Inicial SI  NO** 
**SINIESTRO No. 01220200948-31**
**Ultima Fecha de Modificación:**

<b>Datos de la Hospitalización</b>			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES		Habitación 0011	Fecha de Ingreso 2024/09/03
Nombre del paciente MARIN	RIVERA	Edad 48	Fecha de Nac. 1973/01/16
		Sexo Femenino	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Datos de la Póliza</b>			
Contratante AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.		No. Póliza 2001-0633215	Vigencia 2022/01/01
Asegurado Titular MARIN		Parentesco con el Titular TITULAR	
		Certificado 0000000471817-00	
		Teléfono	
Causa del Internamiento Accidente	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo	
<b>Diagnóstico GASTRITIS</b>			
ESOFAGITIS EROSIVA AGUDA			
Clave del Padecimiento K29-7			
Fecha de Inicio 2022/10/01			
Clave Procedimiento			
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			
PANENDOSCOPIA 03/09/2024			
SAMUEL GOVEA PELAEZ MEDICINA INTERNA			
ANTONIO MARMOLEJO CHAVIRA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Nombre del Médico MACA9205259V5 N
RED			
<b>Procede la Reclamación</b>			
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>			
Deductible \$ .00			
Coaseguro %			
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos			
<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.			
<b>IMPORTANTE:</b>			
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 HONORARIOS MEDICOS SAMUEL GOVEA PELAEZ MEDICINA INTERNA ATENCION EN URGENCIAS + ATENCION MEDICA ANTONIO MARMOLEJO CHAVIRA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ENDOSCOPIA			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 03 de SEPTIEMBRE del 2024		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