CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI [X] NO [ ]

SINIESTRO No. **01260212763-05** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/02/27

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
SANTA MARIA	CASTILLO	ROGELIO ONESIMO	32	1993/05/20	Femenino	[ ]
					Masculino	[X]

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	2001-1033215	2026/01/01	2022/07/20	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
SANTA MARIA	CASTILLO	ROGELIO ONESIMO	TITULAR	0000000468723-00	

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnóstico HERNIA UMBILICAL

Clave del Padecimiento: K42-.9

Fecha de Inicio: 2025/12/12

Clave Procedimiento: 49585 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

PLASTÍA UMBILICAL CON MALLA

MT.DR.ADRIÁN GARCIA GARMA MARTINEZ - CG

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **.01**

Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador: 01 TPD Negociación: SI RED

		Nombre del Médico N
HONORARIOS DE CIRUJANO	$ **22,112.00**	GAMA791027JT1
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **6,634.00**	GUVA890228CS7
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **4,422.00**	DORJ9511288T5
HONORARIOS 2DO. AYUDANTE	$ **2,211.00**	SANCHEZ ROCHA ALEJANDRO
	$	
	$	
	$	
	$	

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

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 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 HONORARIOS MEDICOS
MT.DR.ADRIÁN GARCIA GARMA MARTINEZ
PROCEDIMIENTO

Lugar y Fecha México D.F. a 27 de FEBRERO del 2026

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