


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260212763-06

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/27	
Nombre del paciente SANTA MARIA CASTILLO ROGELIO ONESIMO	Edad 32	Fecha de Nac. 1993/05/20	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-1033215	Vigencia 2026/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/07/20
Asegurado Titular SANTA MARIA CASTILLO ROGELIO ONESIMO	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000468723-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> HERNIA UMBILICAL	Clave del Padecimiento K42-9		Fecha de Inicio 2025/12/12
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b> PLASTÍA UMBILICAL CON MALLA MT.DR.ADRIÁN GARCIA GARMA MARTINEZ - CG		Clave Procedimiento 49585 - 0- 0	
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ <b>61,157.67</b>		
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
	Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
\$			
<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ <b>1,000.00</b> 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.			
Observaciones			
CARTA DE ALTA HOSPITALARIA PROCEDE CON DEDUCIBLE 1,000 SIN COASEGURO POR ENDOSO NO SE CUBREN INSUMOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS CON ESTA CARTA SE CIERRA CUENTA Y SE BRINDA ALTA HOSPITALARIA ***LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA***			
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		Recibi Hospital Recibe Médico	
Enterado Familiar y/o paciente			