CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

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

SINIESTRO No. **01260218692-03** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0011	2026/03/01

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
ORTEGA	JARILLO	OSWALDO ALEJANDRO	53	1972/06/10	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.	2001-1033218	2026/01/01	2023/07/23	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
ORTEGA	JARILLO	OSWALDO ALEJANDRO	TITULAR	0000000192423-00	

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

Diagnóstico *CERVICOBRAQUIALGIA BILATERAL + RADICULOPATIA C4C5 C5C6 C6C7 PREDOMINIO IZQUIERDA

Clave del Padecimiento: M54-.2

Fecha de Inicio: 2026/03/01

Clave Procedimiento: 99221 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

*MANEJO MÉDICO

EN CASO DE REQUERIR ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO,ESTE DEBERA SER PROGRAMADO VIA CIRUGIA PROGRAMADA,Y SERA SOMETIDO A UN NUEVO DICTAMEN MEDICO

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 [S]

HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO	**5,793.00**	SINUHE ROLANDO PEREZ
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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

PROCEDE COMO CARTA DE PAGO DIRECTO PARA TABULACION DE HONORARIOS
*DR SINUHE ROLANDO PEREZ NAZAR, TYO, TTE, CP 10747323
ATN MED INICIAL Y SUBSECUENTE 01-03/03/2026

Lugar y Fecha México D.F. a 01 de M A R Z O 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