

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI  NO

SINIESTRO No. 01260219002-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/03/20	
Nombre del paciente AGUILAR RAMIREZ BERENICE	Edad 37	Fecha de Nac. 1988/08/21	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 2001-1033218	Vigencia 2026/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/11/27
Asegurado Titular AGUILAR RAMIREZ BERENICE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000396822-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
<b>Diagnóstico</b> TENDINOSIS DE FLEXORES 3ER Y 4TO MAS 3ER Y 4TO DEDO EN GATILLO TODO EN MANO IZQUIERDA			Clave del Padecimiento M65-3
			Fecha de Inicio 2026/02/15
			Clave Procedimiento
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>			26055 - 0- 0
LIBERACION DE POLEA 1 DE 3ER Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA			
MT.DR.ARTURO LARRAZOLO OCHOA - T&O			
Causa del Rechazo			SI PROCEDE <input type="checkbox"/>
<b>Importes Autorizados</b>	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ <b>112,114.19</b>		<b>Procede la Reclamación</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Honorarios Quirúrgicos</b>	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	<b>Importes a cargo del Asegurado</b> Deducible \$ .00
	Nombre del Médico	RED	Coaseguro %
	\$ _____	<input type="checkbox"/> N	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 ALTA HOSPITALARIA			
PROCEDE SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO			
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 20 de MARZO 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