CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260219002-01** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0130	2026/03/03

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
AGUILAR	RAMIREZ	BERENICE	37	1988/08/21	Femenino	X
					Masculino	

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	2022/11/27	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
AGUILAR	RAMIREZ	BERENICE	TITULAR	0000000396822-00	

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

Diagnóstico

TENDINOSIS DE FLEXORES 3ER Y 4TO MAS 3ER Y 4TO DEDO EN GATILLO TODO EN MANO IZQUIERDA

PROCEDE COMO ENFERMEDAD

PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO

Clave del Padecimiento: M65-.3

Fecha de Inicio: 2026/02/15

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

LIBERACION DE POLEA 1 DE 3ER Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA

26055 - 0- 0

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	$ **7,883.00**	LAOA920310G34
HONORARIOS DE ANESTESISTA	$ **2,365.00**	ROAF881212TA8
HONORARIOS 1ER. AYUDANTE	$ **1,577.00**	FERNANDO CERVANTES GRANAD
	$	
	$	
	$	
	$	
	$	

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 VALIDA PARA HONORARIOS MEDICOS
ELABORADA 03/03/2026 VIGENTE POR 30 DIAS
ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURA O ENMENDADURAS.
SE VALIDARA LA TABULACION DE SEGUNDO AYUDANTE VIA PAGO DIRECTO CON LOS HALLAZGOS DE SU ACTIVIDAD DESCRITOS EN NOTA POSTQUIRURGICA

Lugar y Fecha México D.F. a 03 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