CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01260229383-04** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/04/09

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
DOMINGUEZ	RAMIREZ	JACQUELINE	44	1981/10/20	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.	2001-1033215	2026/01/01	2019/01/02	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
GOMEZ	RAMIREZ	HEMAN	CONYUGE	0000000006219-01	

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

Diagnóstico MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS

Clave del Padecimiento: D25-.1

Fecha de Inicio: 2026/02/02

Clave Procedimiento: 58550 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPÍA ASISTIDA VAGINAL

MT.DR.ANGEL ANTONIO LICONA VAZQUEZ - G&O

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **170,278.04**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

Nombre del Médico [S]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ **1,000.00**

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 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 HISPITALARIA
LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

Lugar y Fecha México D.F. a 09 de A B R I L 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