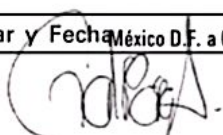


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260219002-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	Fecha de Ingreso 2026/03/03	
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 AEROVÍAS 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 000000396822-00	Teléfono
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico			Clave del Padecimiento
TENDINOSIS DE FLEXORES 3ER Y 4TO MAS 3ER Y 4TO DEDO EN GATILLO TODO EN MANO IZQUIERDA			M65-3
PROCEDE COMO ENFERMEDAD			Fecha de Inicio 2026/02/15
PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			26055 - 0- 0
LIBERACION DE POLEA 1 DE 3ER Y 4TO DEDO MANO IZQUIERDA			
Causa del Rechazo SI PROCEDE .			
Importes Autorizados		Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 84,718.00	
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	RED
	Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N		
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
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 PARA GASTOS HOSPITALARIOS APLICA SIN DEDUCIBLE SIN COASEGURO ELABORADA EL 03/03/2026, VIGENTE POR 30 DIAS ESTA CARTA QUEDA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURA O ENMENDADURAS NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
Lugar y Fecha México D.F. a 03 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