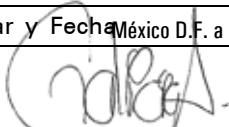


CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 02250255221-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/07	
Nombre del paciente MANCILLA VAZQUEZ	Edad 28	Fecha de Nac. 1996/01/31	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Datos de la Póliza			
Contratante AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2001-0933218	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2024/05/26
Asegurado Titular MANCILLA VAZQUEZ	KARLA ARIANE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000249024-00
Teléfono			
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A RINOVIRUS			
			Clave del Padecimiento J22-
			Fecha de Inicio 2025/12/07
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
			99221 - 0- 0
MEDICO HOSPITALARIO			
MEDICO TRATANTE: DR.JUAN MANUEL TOVAR CABRERA M.I. CP 12472825			
IC NEUMOLOGIA: DRA. ROSAURA ESPERANZA BENITEZ PÉREZ CP 11234236			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE .		
Importes Autorizados	Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$133,169.81		
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RED	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Médico <input type="checkbox"/> N			Importes a cargo del Asegurado
\$ _____			Deducible \$.00
\$ _____			Coaseguro %
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
\$ _____			
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 AUTORIZACION. POR CONDICIONES EN ENDOSO DE POLIZA SIN APLICACION DE DEDUCIBLE, SIN COASEGURO.			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS.			
CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA.			
Lugar y Fecha Méjico D.F. a 07 de DICIEMBRE del 2025	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