

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 KARLA ARIANE | Edad 28 | Fecha de Nac. 1996/01/31 | Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| 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 | | Procede la Reclamación | |
| Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación | | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 01 TPD SI RED | | Importes a cargo del Asegurado | |
| Nombre del Médico N | | 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 México 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 |