CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250272350-48** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0005	2026/03/04

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MORALES	HERNANDEZ	BLANCA IVONNE	33	1991/09/13	Femenino	X
					Masculino	

Datos de la Póliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GRUPO TELEVISA, S.A.B.	2010-2600078	2025/01/01	2021/01/04	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MORALES	HERNANDEZ	BLANCA IVONNE	TITULAR	0000002138545-00	5510590477

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

Diagnóstico CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA IZQUIERDA **SP_2025_00008939**

TRIPLE NEGATIVO

LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA

ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE MOV 41 EL CUAL QUEDA NULO Y SIN VALOR

Clave del Padecimiento: D48-.6

Fecha de Inicio: 2025/08/16

Clave Procedimiento: 96408 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

QUIMIOTERAPIA

ESQUEMA: PACLITAXEL SEMANAL POR 12 SEMANAS

APLICACIÓN: 04/MARZO/2026

DRA. ILEANA MAC KINNEY NOVELO -MT/ONCOLOGIA-

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **23,796.53**

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador: 01 TPD

Negociación: SI

RED

Nombre del Médico: N

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

$ _____

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 PARA GASTOS DE HOSPITAL | PROCEDE PAGO

APLICA SIN DEDUCIBLE , SIN COASEGURO POR ENDOSO DE POLIZA

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO.

CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA

Lugar y Fecha México D.F. a 04 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