CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250272350-55** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0010	2026/03/13

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
+.+.+.+FAVOR DE PRESENTAR IDENTIFICACIÓN
OFICIAL Y VIGENTE AL INGRESO.+.+.+.+.

Clave del Padecimiento: D48-.6

Fecha de Inicio: 2025/08/16

Clave Procedimiento

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

Q U I M I O T E R A P I A
ESQUEMA: PACLITAXEL SEMANAL POR 12 SEMANAS
APLICACIÓN: 08 ABRIL 2026 **12VA**

96408 - 0- 0

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **25,000.00**

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 QUIMIOTERAPIA.
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS
SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO
CARTA ELABORADA 12/03/2026 VIGENCIA 30DIAS
ESTA CARTA SE INVALIDA EN CASO DE PRESENTAR TACHADURAS O ENMENDADURAS
SE DA MONTO APROXIMADO, EL CUAL INCLUYE I.V.A

Lugar y Fecha México D.F. a 13 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