CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

MetLife

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

SINIESTRO No. **01250272350-61** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0010	2026/03/30

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 IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO

CARTA INVALIDA EN CASO DE PRESENTAR TACHADURAS O ENMENDADURAS

Clave del Padecimiento: D48-.6

Fecha de Inicio: 2025/08/16

Clave Procedimiento: 96408 - 0- 0

Tratamiento Médico y/o Quirúrgico

Q U I M I O T E R A P I A

ESQUEMA: PACLITAXEL SEMANAL

APLICACIÓN: 01 ABRIL 2026 **11VA **

ESTE MOVIMIENTO SUSTITUYE Y CANCELA MOVIMIENTO 54 DEJANDOLO SIN VALOR

DRA ILEANA MAC KINNEY NOVELO CP 8284967

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

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

Honorarios Quirúrgicos

Código Tabulador	Negociación	RED
01 TPD	SI	

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 30/03/2026 VIGENTA POR 30 DIAS
ESTA CARTA SE INVALIDA EN CASO DE PRESENTAR TACHADURAS O ENMENDADURAS
MONTO AUTORIZADO INCLUYE IVA|AJUSTE DE SUMA CON NOTAS Y EDO CTA FINAL

Lugar y Fecha México D.F. a 30 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