

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250272350-40

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0010	Fecha de Ingreso 2026/02/20	
Nombre del paciente MORALES HERNANDEZ BLANCA IVONNE	Edad 33	Fecha de Nac. 1991/09/13	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante GRUPO TELEVISIA, S.A.B.	No. Póliza 2010-2600078	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/01/04
Asegurado Titular MORALES HERNANDEZ BLANCA IVONNE	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000002138545-00	Teléfono 5510590477
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico			Clave del Padecimiento
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA IZQUIERDA **SP 2025 00008939**			D48-6
TRIPLE NEGATIVO			Fecha de Inicio 2025/08/16
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE A SU INGRESO			
ESTA CARTA SE ANULA SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS			
			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			96408 - 0- 0
QUIMIOTERAPIA			
ESQUEMA: PACLITAXEL SEMANAL POR 12 SEMANAS			
APLICACIÓN: 25 FEBRERO 2026 (PUEDE VARIAR)			
Causa del Rechazo			
SI PROCEDE			
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 50,000.00		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	
	RED	Nombre del Médico	Importes a cargo del Asegurado
	\$	<input type="text" value="N"/>	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 CUBRE TRATAMIENTO SIN COASEGURO			
ELABORADA 20/02/2026 CON VIGENCIA HASTA POR 30 DÍAS			
NO SE ANEXA PRESUPUESTO SE DA COSTO ESTIMADO QUE INCLUYE IVA			
GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS QUEDAN A CARGO DE NUESTRA			
ASEGURADA NO REEMBOLSABLES			
Lugar y Fecha México D.F. a 20 de FEBRERO 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