

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01250272350-27

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2025/12/27	
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 TELEvisa, 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 CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA IZQUIERDA **SP 2025 00008939** TRIPLE NEGATIVO	Clave del Padecimiento D48-6		Fecha de Inicio 2025/08/16
		Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico QUIMIOTERAPIA IV ESQUEMA:DOXORRUBICINA+CICLOFOSFAMIDA+NUELASTIM APLICACION 1 C/14DIAS POR 4 CICLOS CICLO 3: 26/DICIEMBRE/2025 HONORARIOS MEDICOS TABULADOS EN CARTA 20	96408 - 0- 0		
Causa del Rechazo SI PROCEDE			
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$114,445.46	Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación 01 TPD SI RED Nombre del Médico S	Importes a cargo del Asegurado 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 CARTA HOSPITAL PROCEDE PAGO. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO POR ENDOSOS DE POLIZA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL. CARTA QUE CANCELA Y SUSTITUYE A MOVIMIENTO 25 ***CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA***			
Lugar y Fecha México D.F. a 27 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