

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01250272350-25

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0010		Fecha de Ingreso 2025/12/17			
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 CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA IZQUIERDA **SP 2025 00008939**								Clave del Padecimiento	
TRIPLE NEGATIVO								D48- 6	
								Fecha de Inicio	
FAVOR DE PRESENTAR IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE AL INGRESO								2025/08/16	
CARTA INVALIDA EN CASO DE PRESENTAR TACHADURAS O ENMENDADURAS									
								Clave Procedimiento	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico								96408 - 0- 0	
QUIMIOTERAPIA IV									
ESQUEMA:DOXORRUBICINA+CICLOFOSFAMIDA+NUELASTIM									
APLICACION 1 C/14DIAS POR 4 CICLOS .									
CICLO 3: 26/DICIEMBRE/2025									
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE CARTA 22 DEJANDOLA SIN VALOR									
HONORARIOS MEDICOS TABULADOS EN CARTA 20									
Causa del Rechazo SI PROCEDE .									
Importes Autorizados		Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 55,000.00						Procede la Reclamación	
Honorarios Quirúrgicos		Código Tabulador		Negociación				Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		01 TPD		SI		RED		Importes a cargo del Asegurado	
				Nombre del Médico		S		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 PARA QUIMIOTERAPIA.									
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS									
SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO									
CARTA ELABORADA 17/12/2025 VIGENCIA 30 DIAS									
ESTA CARTA SE INVALIDA EN CASO DE PRESENTAR TACHADURAS O ENMENDADURAS									
ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE CARTA 22 DEJANDOLA SIN VALOR									
Lugar y Fecha México D.F. a 17 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	