

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01250272350-29

Ultima Fecha de Modificación:

<b>Datos de la Hospitalización</b>									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0130		Fecha de Ingreso 2026/01/07			
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"/>	
<b>Datos de la Póliza</b>									
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"/>									
<b>Diagnóstico</b> 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	
<b>Tratamiento Médico y/o Quirúrgico</b>								96408 - 0- 0	
QUIMIOTERAPIA IV									
ESQUEMA:DOXORRUBICINA+CICLOFOSFAMIDA+NUELASTIM									
APLICACION 1 C/14DIAS POR 4 CICLOS .									
CICLO 4: 16 ENERO 2026									
Causa del Rechazo SI PROCEDE .									
<b>Importes Autorizados</b> Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ .01									
<b>Honorarios Quirúrgicos</b> Código Tabulador Negociación									
.01 TPD SI RED									
Nombre del Médico S									
<b>HONORARIOS TRATAMIENTO MEDICO 3,784.00</b> KINI830718.178									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
\$									
<b>Procede la Reclamación</b>									
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
<b>Importes a cargo del Asegurado</b>									
Deducible \$ .00									
Coaseguro %									
Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos									
<b>Gastos no cubiertos por la póliza:</b>									
Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.									
<b>IMPORTANTE:</b>									
El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.									
<b>Observaciones</b>									
CARTA AUTORIZACION DE HONORARIOS MEDICOS									
ELABORADA EL DIA 07/01/2026. VIGENTE POR 30 DIAS									
DRA.ILEANA MC KINNEY NOVELO ONCOLOGA									
Lugar y Fecha México D.F. a 07 de E N E R 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			