

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☐ NO ☒

SINIESTRO No. 01250272350-28

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización									
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES				Habitación 0010		Fecha de Ingreso 2026/01/07			
Nombre del paciente MORALES HERNANDEZ BLANCA IVONNE				Edad 33		Fecha de Nac. 1991/09/13		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
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 4: 16 ENERO 2026									
Causa del Rechazo SI PROCEDE .									
Importes Autorizados Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 100,000.00									
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación									
01 TPD SI RED									
Nombre del Médico S									
\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____									
Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 07/01/2026 VIGENCIA AL 31 ENERO 2026									
NO SE RECIBE PRESUPUESTO --AJUSTES DE SUMA VIA PAGO DIRECTO CON									
REVISIÓN DE NOTAS MEDICAS Y ESTADO DE CUENTA --									
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									
<div> <div></div> <div>Gerente Pago Directo GMM</div> </div> <div> <div></div> <div>Enterado Familiar y/o paciente</div> </div> <div> <div></div> <div>Recibi Hospital</div> </div> <div> <div></div> <div>Recibe Médico</div> </div>									