CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

Folio No.000000 Inicial SI [ ] NO [X]

SINIESTRO No. **01250272350-34** Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalizaciăn

Hospital	Habitación	Fecha de Ingreso
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	0010	2026/02/18

Nombre del paciente			Edad	Fecha de Nac.	Sexo	
MORALES	HERNANDEZ	BLANCA IVONNE	33	1991/09/13		Femenino [X] Masculino [ ]

Datos de la Påliza

Contratante	No. Póliza	Vigencia	Fecha de Alta (afectado)	Código (Preexistencia)
GRUPO TELEVISA, S.A.B.	2010-2600078	2025/01/01	2021/01/04	

Asegurado Titular			Parentesco con el Titular	Certificado	Teléfono
MORALES	HERNANDEZ	BLANCA IVONNE	TITULAR	0000002138545-00	5510590477

Causa del Internamiento Accidente [ ] Enfermedad [X] Embarazo [ ]

Diagnåstico CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA IZQUIERDA **SP 2025 00008939**

TRIPLE NEGATIVO

CARTA ELABORADA 17/02/2026, VÁLIDA POR 30 DIAS

NO SE RECIBE PRESUPUESTO --AJUSTES DE SUMA VIA PAGO DIRECTO CON REVISIÓN DE NOTAS MEDICAS Y ESTADO DE CUENTA --

Clave del Padecimiento: D48-.6

Fecha de Inicio: 2025/08/16

Clave Procedimiento: 96408 - 0- 0

Tratamiento Mÿdico y/o Quirørgico

Q U I M I O T E R A P I A

ESQUEMA: PACLITAXEL SEMANAL POR 12 SEMANAS

FECHA DE APLICACION: 18 DE FEBRERO 2026

DR ILEANA MAC KINNEY NOVELO (ONCO) 10128184

Causa del Rechazo SI PROCEDE .

Importes Autorizados

Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA $ **100,000.00**

Honorarios Quirørgicos

Código Tabulador: 01 TPD — Negociación: SI — RED

Nombre del Médico [N]

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

$ _____ _____

Procede la Reclamación

Si [X] No [ ]

Importes a cargo del Asegurado

Deducible $ .00

Coaseguro %

Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos

Gastos no cubiertos por la påliza:

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 deberü reportar el siniestro a MetLife Mÿxico, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.

Observaciones

CUBRE ATENCION HOSPITALARIA

PROCEDE SIN DEDUCIBLE Y COASEGURO DE 0%

NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS

CARTA ELABORADA 17/02/2026, VÁLIDA POR 30 DIAS

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 18 de FEBRERO del 2026

Esta autorizaciån tiene validez por 30 dÅas a partir de la fecha de expediciån

Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico

Escaneado con CamScanner