

Carta de Autorización

No. Autorización: 3828957

Incidente: 4514831

Datos de la hospitalización

Nombre del Paciente:	EDSON DANIEL GONZALEZ ALVAREZ	Fecha y Hora de Ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1240506
Médico Tratante:	AMADOR HUMBERTO FALCONI SANTIAGO	Folio:	CC01GMIHNA25G11227

Datos de la Póliza

Número de Póliza:	GM0000440781	Vigencia de Póliza hasta:	28/10/2026
Contratante:	EDSON DANIEL GONZALEZ ALVAREZ		

Asegurado Titular

EDSON DANIEL GONZALEZ ALVAREZ

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Obesidad, no especificada	Se cubre: Bypass gástrico + plastia hiatal laparoscópica

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$10,196.00	Anestesiólogo

Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$85,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00
Deducible Anual:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos quedan a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplus, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

Estimado cliente/proveedor:

- **Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.**
- La Compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 13-12-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



SEGUROS
MONTERREY