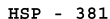


A proveedores: Favor de llamar al tel. 01 800 11 11 400 para indicar que el Asegurado ha solicitado el servicio ya que esta llamada generara una clave en sistema que sera requisito para el cobro; cualquier gasto en exceso de lo autorizado debiera ser reportado al mismo numero para su autorizacion



Fecha: 13 de DICIEMBRE del 2025

Siniestro: INICIAL

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Sinistro: 14175 / 2025

Habitacion: PD Fecha Ingreso: 12/12/2025 Hora Ingreso: 14:00

Movimiento: 1.1

Paciente:	GUTIERREZ	BALLANES	ALFREDO
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Fecha Nacimiento: 28/10/1964 Edad: 61 Tels.: CASA: . - ., CEL.: . - .

Numero Poliza: GMMC 4654 Estado: CIUDAD DE MÉXICO Municipio: CUAUHTÉMOC

Certificado: 331 Vigencia: 01/09/2025 - 01/09/2026

Contratante: MAYOLY SPINDLER DE MEXICO, S.A. DE C.V. Internamiento: ENFERMEDAD

Titular:	GUTIERREZ	BALLANES	ALFREDO
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Parentesco: **TITULAR MASCULINO** Fecha Alta: 01/09/2025 Fecha Antiquedad: 01/12/2015

Clave	Descripcion	Tiempo de Evolucion
14.9	HERNIA DIAFRAGMÁTICA SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	1 DIA(S)

Clave	Descripcion
99281	CONSULTA EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE, QUE REQUIERE ESTOS
91010	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGIC (MANOMETRÍA) DEL ESÓFAGO Y/O UNIÓN GASTROESOFÁGICA)
91032	ESÓFAGO, PRUEBA DE REFLUJO ÁCIDO, CON ELECTRÓDO DE PH INTRALUMINAL PARA LA DETECCIÓN DEL REFLUJO GASTRO
43235	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, DUDOENO Y/O YEYUNO (PANENDOSCOPIA).
43239	- CON BIOPSIA SIMPLE O MÚLTIPLE

Medico Tratante: Dr Ramon Olavide Aguilar Red: No Negociacion: Si

Dictamen: **PROCEDE** Moneda : **PESOS**

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGURADO
HOSPITAL		73,000.00	x	
CIRUJANO (1)	Dr Ramon Olavide Aguilar	14,451.00	x	
ANESTESIOLOGO (CIRUJANO 1)		2,112.00	x	
Gastos no Cubiertos				
DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO				x
DIFERENCIA DE HABITACION STANDART				x
EXCENDENTE EN SUMA ASEGURADA				x
GASTOS DE DONADOR				x
GASTOS DE RECIEN NACIDO SANO				x
GASTOS NO CUBIERTOS				x
GASTOS PERSONALES				x

Deducible: 3,611.43 % Coaseguro:

Observaciones : Se otorga suma para hospital y honorarios médicos
Médico no red acepta tabulador, si existen diferencias correrán por cuenta del asegurado sin opción a reclamación posterior.
Aplica deducible , No aplica coseguro.
No se cubren gastos personales ni los no relacionados con el padecimiento actual

El Prestador y el Asegurado tendran la obligacion de reportar la prestacion del servicio al momento de recibirla al tel. 01 800 11 11 400.
Cobro de facturas y/o recibos: El Proveedor contara con 60 dias naturales a partir de inicio de vigencia de esta autorizacion para presentar a Allianz Mexico, S.A. las facturas y/o recibos correspondientes.
Pasado este plazo tendra que gestionar una nueva autorizacion.
Las diferencias de honorarios Medicos-Quirurgicos en caso de Medicos No de Convenio y que acepten durante el internamiento el tabulador de pago directo, no seran reembolsables por Allianz Mexico. Solo se cubre lo relativo al (los) padecimientos(s) autorizado(s). La compañia se reserva el derecho a retirar esta autorizacion en caso de practicarse algun tratamiento o cirujia adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

ALEJANDRO PEÑA SOSA

Nombre y Firma
Medico Dictaminador

Nombre y Firma
Caja Hospital

Nombre y Firma
Paciente / Familiar

Nombre y Firma
Caja de Medicos

BLVD.MANUEL AVILA CAMACHO Nro. 164 LOMAS DE BARRILACO 11010 CIUDAD DE MÉXICO (55) 5201 3000 01-800-11-11-200 AMS950419EG4