

Esta autorización tendrá una vigencia de 15 días hábiles a partir de su expedición del 13/12/2025 al 06/01/2026, periodo en que deberá(n) llevarse a cabo el (los) procedimiento(s) autorizado(s) expresamente en la misma. No obstante lo anterior, la presente autorización, no producirá efectos, ni se considerará válida, si la póliza de seguro no es renovada o no se mantiene vigente, durante ó después del periodo de autorización.

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 generará una clave en sistema que será requisito para el cobro; cualquier gasto en exceso de lo autorizado deberá ser reportado al mismo número para su autorización.



HSP - 381

Allianz Mexico, S.A. Compañía de Seguros

Fecha: 13 de DICIEMBRE del 2025

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES
 Habitación: PD Fecha Ingreso: 12/12/2025 Hora Ingreso: 14:00
 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 Antiguedad: 01/12/2015

Diagnóstico(s) (CIE10): K44.9 HERNIA DIAFRAGMÁTICA SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA Tiempo de Evolución
 1 DIA(S)

Tratamiento(s): Clave Descripción
 99281 CONSULTA EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE, QUE REQUIERE ESTOS
 91010 ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA (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 YEGUNO (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)		14,451.00	x	
ANESTESIOLOGO (CIRUJANO 1)		2,112.00	x	
Gastos no Cubiertos				x
DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO				x
DIFERENCIA DE HABITACION STANDART				x
EXCENDENTE EN SUMA ASEGURADA				x
GASTOS DE DONADOR				x
GASTOS DE RECIENTE 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 coaseguro.

No se cubren gastos personales ni los no relacionados con el padecimiento actual

El Prestador y el Asegurado tendrán la obligación de reportar la prestación del servicio al momento de recibirla al tel. 01 800 11 11 400. Cobro de facturas y/o recibos: El Proveedor contará con 60 días naturales a partir de inicio de vigencia de esta autorización para presentar a Allianz Mexico, S.A. las facturas y/o recibos correspondientes.

Pasado este plazo tendrá que gestionar una nueva autorización.

Las diferencias de honorarios Médicos-Quirúrgicos en caso de Médicos No de Convenio y que acepten durante el internamiento el tabulador de pago directo, no serán reembolsables por Allianz Mexico. Solo se cubre lo relativo al (los) padecimientos(s) autorizado(s). La compañía se reserva el derecho a retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

ALEJANDRO PENA SOSA

Nombre y Firma
 Médico Dictaminador

Nombre y Firma
 Caja Hospital

Nombre y Firma
 Paciente / Familiar

Nombre y Firma
 Caja de Médicos