

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3825371

Incidente: 4691613

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1280800
Médico tratante:		Folio:	PO01GMEPNA25D200MV

## Datos de la Póliza

Número de póliza: GM0000361969 Vigencia de póliza: 19/12/25

Contratante GUADALUPE SALINAS PELCASTRE

## Asegurado titular

GUADALUPE SALINAS PELCASTRE

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Coxartrosis, no especificada	<p>Se autoriza Artroplastia total de cadera derecha por abordaje anterior directo.</p> <p>- Para su ingreso hospitalario, será indispensable ingresar Carta de Veracidad <a href="https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf">https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf</a></p>

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$100,000.00	Hospital

## Pagos del asegurado

Copago:	\$16,500.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$95,000.00
Participación de honorarios médicos:	\$6,408.33

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos 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. Oplex, 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.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- 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: 26-11-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



SEGUROS  
MONTERREY

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



**SEGUROS  
MONTERREY**

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3825372

Incidente: 4691613

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1280800
Médico tratante:	PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA	Folio:	PO01GMEPNA25D200MV

## Datos de la Póliza

Número de póliza:	GM0000361969	Vigencia de póliza:	19/12/25
Contratante	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE		

## Asegurado titular

GUADALUPE SALINAS PELCASTRE

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Coxartrosis, no especificada	<p>Se autoriza Artroplastia total de cadera derecha por abordaje anterior directo.</p> <p>- Para su ingreso hospitalario, será indispensable ingresar Carta de Veracidad <a href="https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf">https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf</a></p>

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$42,722.00	Honorarios Médicos

## Pagos del asegurado

Copago:	\$0.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$95,000.00
Participación de honorarios médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos 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. Oplex, 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.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- 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: 26-11-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



**SEGUROS  
MONTERREY**

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3825375

Incidente: 4691613

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1280800
Médico tratante:	PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA	Folio:	PO01GMEPNA25D200MV

## Datos de la Póliza

Número de póliza:	GM0000361969	Vigencia de póliza:	19/12/25
Contratante	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE		

## Asegurado titular

GUADALUPE SALINAS PELCASTRE

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Coxartrosis, no especificada	<p>Se autoriza Artroplastia total de cadera derecha por abordaje anterior directo.</p> <p>- Para su ingreso hospitalario, será indispensable ingresar Carta de Veracidad <a href="https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf">https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf</a></p>

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$12,817.00	Anestesiólogo

## Pagos del asegurado

Copago:	\$0.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$95,000.00
Participación de honorarios médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos 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. Oplex, 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.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- 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: 26-11-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



**SEGUROS  
MONTERREY**

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3825379

Incidente: 4691613

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1280800
Médico tratante:	PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA	Folio:	PO01GMEPNA25D200MV

## Datos de la Póliza

Número de póliza:	GM0000361969	Vigencia de póliza:	19/12/25
Contratante	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE		

## Asegurado titular

GUADALUPE SALINAS PELCASTRE

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Coxartrosis, no especificada	<p>Se autoriza Artroplastia total de cadera derecha por abordaje anterior directo.</p> <p>- Para su ingreso hospitalario, será indispensable ingresar Carta de Veracidad <a href="https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf">https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf</a></p>

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$4,272.00	Primer ayudante

## Pagos del asegurado

Copago:	\$0.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$95,000.00
Participación de honorarios médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos 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. Oplex, 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.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- 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: 26-11-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



**SEGUROS  
MONTERREY**

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3825381

Incidente: 4691613

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1280800
Médico tratante:	PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA	Folio:	PO01GMEPNA25D200MV

## Datos de la Póliza

Número de póliza:	GM0000361969	Vigencia de póliza:	19/12/25
Contratante	GUADALUPE SALINAS PELCASTRE		

## Asegurado titular

GUADALUPE SALINAS PELCASTRE

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Coxartrosis, no especificada	<p>Se autoriza Artroplastia total de cadera derecha por abordaje anterior directo.</p> <p>- Para su ingreso hospitalario, será indispensable ingresar Carta de Veracidad <a href="https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf">https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/docs/gmm/fomato-declaracion-de-veracidad.pdf</a></p>

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$4,272.00	Segundo ayudante

## Pagos del asegurado

Copago:	\$0.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$95,000.00
Participación de honorarios médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos 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. Oplex, 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.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- 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: 26-11-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



**SEGUROS  
MONTERREY**