

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: 09 de DICIEMBRE del 2025

HSP - 381

Sinistro: **COMPLEMENTO**

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Sinistro: 12824 / 2025

Habitacion: **PC** Fecha Ingreso: **09/12/2025** Hora Ingreso: **14:00**

Movimiento: 3.1

Paciente: **VERA** **MORALES** **CAROLINA**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha Nacimiento: 03/08/1993 Edad: 32 Tels.: CASA: - CEL.: -

Numero Poliza: GMMC 4777 Estado: CIUDAD DE MÉXICO Municipio: CUAUHTÉMOC

Certificado: **13496** Vigencia: 01/04/2025 - 31/12/2025

Contratante: SECRETARIA DE SEGURIDAD Y PROTECCION CIUDADANA SERVICIO DE PRO Internamiento: ENFERMEDAD

Titular: VERA MORALES CAROLINA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Parentesco: **TITULAR FEMENINO** Fecha Alta: **01/04/2025** Fecha Antiquedad: **16/12/2020**

Clave	Descripción
-------	-------------

Tiempo de Evolucion

Diagnostico(s) (CIE10):	J34.2	DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL	1	ANO(S)
-------------------------	-------	----------------------------------	---	--------

Clave	Descripción
-------	-------------

Clave	Descripción
30520	SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPLAZO

Medico Tratante: Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon

Red: **No** Negociacion: **Si**Dictamen: **PROCEDE**

Moneda : PESOS

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGURADO
HOSPITAL	Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon	55,000.00	x	
CIRUJANO (1)		14,998.00	x	
1ER. AYUDANTE (CIRUJANO 1)		3,000.00	x	
ANESTESIOLOGO (CIRUJANO 1)		4,499.00	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: 2,000.00 % **Coaseguro:** 10

Observaciones : * Aplica deducible de \$2,000.00 y coaseguro de 10%

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

* Medico fuera de convenio que se ajusta a los tabuladores de la compañía, en caso de existir diferencias en honorarios medicos, estas quedan a cargo del asegurado sin opcion a reclamacion posterior

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) padecimiento(s) autorizado(s). La compania se reserva el derecho a retirar esta autorizacion en caso de practicarse algun tratamiento o cirugia adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

E. J. Adams

FRANCISCO JAVIER RAMOS TORRES

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