

# Carta Pase de Admisión

## Proveedor

MEDICO NO RED

## Presente

Folio de trámite:	EP00885431289867	Siniestro:	2025/19175	ID:	504671	Fecha de expedición:	08/12/2025
-------------------	------------------	------------	------------	-----	--------	----------------------	------------

## Datos del asegurado

### Asegurado afectado

DORA LARA USCANGA

Edad	Género	Asegurado Titular	
29	F	DORA LARA USCANGA	
Ramo	Póliza	Certificado	
35000	5035	9024	
Contratante			
INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC			
Fecha de alta en póliza	Vigencia de la póliza	al	
16/09/2025	28/02/2025	28/02/2026	

## Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario	Tipo de ingreso	Tipo de atención
08/12/2025	COMPLEMENTO	ACCIDENTE
Diagnóstico (ICD10)	OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	Clave
		M23.6
Tratamiento (CPT4)		Clave
Médico tratante	¿Es médico de Red?	¿Acepta convenio?
MEDICO NO RED	Red	

## Datos de trámite

Deducible	Coaseguro Hosp.	Coaseguro H. Médicos
00.00	0.00	0.00
Tope de Coaseguro	Valor	
NO		0.00
Suma Asegurada autorizada para hospital	Cantidad en letra	
0.00		

## La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

Servicio	Importe
MEDICO	32,000.00

## Observaciones

- PROCEDA AUTORIZACIÓN PARA HONORARIOS MÉDICOS DEL DR/A PARA PROCEDIMIENTO DE PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO DE DONADOR + MENISCOPLASTIA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL + CONDROPLASTIA POR ABLASION PATEOFEMORAL  
- EN CASO DE REALIZAR ALGÚN OTRO PROCEDIMIENTO DIFERENTE AL AUTORIZADO, LA CARTA QUEDARA ANULADA.

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor e informamos que cuenta con 60 días naturales a partir que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de tus pagos ve a:

[www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index](http://www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index)

Para cualquier duda sobre el procedimiento de alta comuníquese a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Este documento Cuenta con el sello del Asegurado (Deducible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso de diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Aspirado (a) en el Hospital; Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS950529P04

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx).

- Altamente confidencial

- Aviso confidencial. Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o

contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.

Zurich México

# Carta Pase de Admisión

## Proveedor

MEDICO NO RED

## Presente

Folio de trámite:	EP00885431289867	Siniestro:	2025/19175	ID:	504672	Fecha de expedición:	08/12/2025
-------------------	------------------	------------	------------	-----	--------	----------------------	------------

## Datos del asegurado

### Asegurado afectado

DORA LARA USCANGA

Edad	Género	Asegurado Titular	
29	F		DORA LARA USCANGA
Ramo	Póliza		Certificado
35000		5035	9024
Contratante			
INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC			
Fecha de alta en póliza	Vigencia de la póliza	al	
16/09/2025	28/02/2025		28/02/2026

## Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario	Tipo de ingreso	Tipo de atención
08/12/2025	COMPLEMENTO	ACCIDENTE
Diagnóstico (ICD10)		Clave
	OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	M23.6
Tratamiento (CPT4)		Clave
Médico tratante	¿Es médico de Red?	¿Acepta convenio?
MEDICO NO RED	Red	

## Datos de trámite

Deducible	Coaseguro Hosp.	Coaseguro H. Médicos
00.00	0.00	0.00
Tope de Coaseguro	Valor	
NO		0.00
Suma Asegurada autorizada para hospital	Cantidad en letra	
0.00		

## La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

Servicio	Importe
MEDICO	9,600.00

## Observaciones

HONORARIOS ANESTESIOLOGO

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor informamos que cuenta con 60 días naturales a partir que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de tus pagos ve a:

[www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index](http://www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index)

Para cualquier duda sobre el proceso de alta comuníquese a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Este documento Cuenta con el sello del Asegurado (Deducible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso o diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Aspirado (a) en el Hospital; Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS950529P04

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx).

- Altamente confidencial

- Aviso confidencial. Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o

contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.

Zurich México

# Carta Pase de Admisión

## Proveedor

MEDICO NO RED

## Presente

Folio de trámite:	EP00885431289867	Siniestro:	2025/19175	ID:	504673	Fecha de expedición:	08/12/2025
-------------------	------------------	------------	------------	-----	--------	----------------------	------------

## Datos del asegurado

### Asegurado afectado

DORA LARA USCANGA

Edad	Género	Asegurado Titular	
29	F		DORA LARA USCANGA
Ramo	Póliza		Certificado
35000		5035	9024
Contratante			
INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC			
Fecha de alta en póliza	Vigencia de la póliza	al	
16/09/2025	28/02/2025		28/02/2026

## Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario	Tipo de ingreso	Tipo de atención
08/12/2025	COMPLEMENTO	ACCIDENTE
Diagnóstico (ICD10)		Clave
	OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	M23.6
Tratamiento (CPT4)		Clave
Médico tratante	¿Es médico de Red?	¿Acepta convenio?
MEDICO NO RED	Red	

## Datos de trámite

Deducible	Coaseguro Hosp.	Coaseguro H. Médicos
00.00	0.00	0.00
Tope de Coaseguro	Valor	
NO		0.00
Suma Asegurada autorizada para hospital	Cantidad en letra	
0.00		

## La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

Servicio	Importe
MEDICO	6,400.00

## Observaciones

HONORARIOS 1ER AYUDANTE

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor informamos que cuenta con 60 días naturales a partir que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de tus pagos ve a:

[www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index](http://www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index)

Para cualquier duda sobre el procedimiento de alta comuníquese a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Este documento Cuenta con el sello del Asegurado (Deducible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso o diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Asegurado (a) en el Hospital; Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS950529P04

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx).

- Altamente confidencial

- Aviso confidencial. Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o

contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.



Zurich México

# Carta Pase de Admisión

## Proveedor

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

## Presente

Folio de trámite:	EP00885431289867	Siniestro:	2025/19175	ID:	504675	Fecha de expedición:	08/12/2025
-------------------	------------------	------------	------------	-----	--------	----------------------	------------

## Datos del asegurado

### Asegurado afectado

DORA LARA USCANGA

Edad	Género	Asegurado Titular			
29	F	DORA LARA USCANGA			
Ramo	Póliza	Certificado			
35000	5035	9024			
Contratante					
INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC					
Fecha de alta en póliza	Vigencia de la póliza	al	28/02/2025	28/02/2026	
16/09/2025	28/02/2025	al	28/02/2026		

## Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario	Tipo de ingreso	Tipo de atención
08/12/2025	COMPLEMENTO	ACCIDENTE
Diagnóstico (ICD10)	OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	Clave
Médico tratante	¿Es médico de Red?	¿Acepta convenio?
MEDICO NO RED	Red	

## Datos de trámite

Deducible	Coaseguro Hosp.	Coaseguro H. Médicos
00.00	0.00	0.00
Tope de Coaseguro	Valor	
NO	0.00	
Suma Asegurada autorizada para hospital	Cantidad en letra	
40,000.00	CUARENTA MIL PESOS 0/100 M.N.	

## La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

Servicio	Importe
----------	---------

## Observaciones

1. CARTA CUBRE GASTOS POR EVENTO DE PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO DE DONADOR + MENISCOPLASTIA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL + CONDROPLASTIA POR ABLASION PATELOFEMORAL
  2. SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO DE ACUERDO CON ENDOSO
  3. EN CASO DE REALIZARSE UN PROCEDIMIENTO DIFERENTE O INGRESAR A HOSPITAL DIFERENTE AL AUTORIZADO ESTA CARTA QUEDARÁ ANULADA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.
  4. CARTA VALIDA DURANTE 30 DIAS A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN
- \*\* AL NO EMPLEAR DE MANERA INTEGRAL LAS PRESENTES CARTAS DE AUTORIZACIÓN PARA EL EVENTO DE PAGO DIRECTO; SE DEBE CONSIDERAR QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SE FORMULE EN EL FUTURO POR ESTE SINIESTRO AUTORIZADO, ESTARÁ SUJETA A LAS CONDICIONES DE REEMBOLSO, CON LO CUAL SE SUSPENDEN Y/O RESTRINGEN LOS BENEFICIOS VIGENTES OTORGADOS EN LAS MISMAS\*\*

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor informamos que cuenta con 60 días naturales a partir que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de tus pagos ve a:

[www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index](http://www.zurich.com.mx/PortalAgentes/Index)

Para cualquier duda sobre el procedimiento de alta comuníquese a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Gastos Cubiertos: Concepto de pago del Asegurado (Deducible), Coaseguro o Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso de diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Aspirado (a) en el Hospital; Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS950529P04

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx).

- Altamente confidencial

- Aviso confidencial. Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o

contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.



Zurich México