

## CARTA DE PRE-AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO PARA HOSPITAL

Ciudad de México jueves, 8 de enero de 2026

**Folio:** CP-27.1  
**Póliza:** 8201016373  
**Siniestro:** 17758 //MIAMX154885  
**Reserva:** 2026-82-1-00126409  
**Estancia:** Pendiente  
**Titular:** FABIAN ISRAEL RIVERA HERNANDEZ  
**Paciente:** RUEDA GARCIA SARAHI  
**Deducible:** \$100,000.00 MXN  
**Médico tratante:** LUIS ORNELAS OÑATE  
**Diagnóstico:** ERGE - ICD: K21  
**Procedimiento:** FUNDUPLICATURA POR LAPAROSCOPIA CON PLASTIA HIATO -CPT: 43325

### PROVEEDOR: ABC SANTA FE

Por medio de esta garantía, Pan-American México Compañía de Seguros, S.A. de C.V., se compromete al pago directo del tratamiento hospitalario de los gastos derivados de la atención médica del asegurado arriba mencionado, en la medida en que estén directamente relacionados al "Diagnóstico y Procedimiento" aprobado, sujeto a lo dispuesto en las condiciones generales del seguro.

La emisión de la presente carta está basada en el análisis y revisión de los informes médicos recibidos hasta el momento en que se expide esta carta. Esta pre-autorización está sujeta a que no haya cambios posteriores en los Diagnósticos y Procedimientos. Toda reclamación relacionada con Antecedentes médicos diferentes a los declarados o bien a Diagnósticos y/o Procedimientos diferentes a los señalados en esta carta, estarán sujetos a revisión y la carta podrá ser revocada desde el inicio del servicio o bien el pago directo podría ser rechazado por nuestra compañía. Están excluidos de la cobertura de Maternidad y recién nacidos: Complicaciones de la maternidad o del recién nacido en embarazos resultantes de métodos de fertilización asistida o de tratamientos por infertilidad, así como Complicaciones relacionadas con cualquier condición excluida o no cubierta por la póliza. Esta carta tendrá vigencia de 15 días hábiles a partir de su emisión y será válida si al momento de ser utilizada, la póliza se encuentra vigente. Así mismo, esta carta podrá ser utilizada para pago directo sólo si el gasto hospitalario previamente validado por la compañía supera el deducible arriba estipulado, el cual será actualizado por Pan-American México S.A. de C.V. al egreso hospitalario del asegurado, de no superarlo, el evento deberá ser cubierto por el asegurado y evaluado por vía reembolso. El hospital estará obligado a entregar el desglose de gastos al paciente o tutor al cierre de la cuenta. El hospital se obliga a reportar el ingreso y egreso hospitalario de los asegurados a Pan-American México S.A. de C.V. y enviar la información médica y de facturación para permitirle evaluar la procedencia del evento, actualización de sumas y deducible. Esta pre-autorización se emite para la atención y tratamiento de condiciones médicas no excluidas y hasta el límite del beneficio y deducible establecidos por la póliza, sus anexos, enmiendas y componentes. Todo costo en exceso o fuera de cobertura que se identifique en las revisiones subsecuentes del caso, será responsabilidad del asegurado cubrirlo directamente a la aseguradora.

**Monto Autorizado al Hospital: \$100,000.00 MXN (cien mil pesos 00/100 MXN)**

### Honorarios médicos:

- **Cirujano** \$85,000.00 MXN
- **Anestesiólogo** \$25,500.00 MXN
- **Ayudante** \$17,000.00 MXN
- **Ayudante 2** \$8,500.00 MXN

**Observaciones:** Esta carta cubre gastos relacionados a plastía hiatal. Carta sujeta a aumento de suma una vez que el hospital reporte el ingreso y envíe el expediente médico completo. Carta válida una vez que el asegurado **rebase y cubra el deducible**. Honorarios médicos con base a gasto usual razonable y porcentajes correspondientes. Esta carta anula a la anterior.

El asegurado será responsable de liquidar sus gastos personales (diferencia de habitación estándar, teléfono, televisión, gastos sin relación al diagnóstico y tratamientos, etc.). Así como el deducible, después de lo cual Pan-American México Compañía de Seguros, S.A. de C.V., pagará de acuerdo con las tarifas estándar y los honorarios usuales, acostumbrados y razonables.

Para cualquier duda o comentario, llamar al 55-5047-2544. En horario inhábil comunicarse al 55-5047-2546.  
Para dictamen y notificación de altas, enviar documentación médica, formatos, informes a: [reclamosmex@palig.com](mailto:reclamosmex@palig.com)  
Para pago de facturas, enviar documentación a: [mesadecontrol@palig.com](mailto:mesadecontrol@palig.com)  
Datos de Facturación:  
PAN-AMERICAN MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS SA DE CV  
RFC: PGA1202133Q2  
DIRECCIÓN: Av. Paseo de la Reforma No. 412 Suite 1501, Colonia Juárez, CP. 06600 Del. Cuauhtémoc, CDMX  
USO CFDI: G03 Gastos en general

Funcionario Autorizado Siniestros GMM  
Pan-American México Compañía de Seguros, S.A de C.V.

### AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Este documento es de propiedad privada y confidencial del remitente y el mismo contiene información destinada únicamente para la recepción, uso, beneficio e información del destinatario indicado. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado de que cualquier revisión, divulgación, distribución, copia o la toma de cualquier acción en dependencia al contenido de este mensaje están estrictamente prohibidas y puede dar lugar a responsabilidad legal de su parte. Si usted ha recibido este material por error, por favor notifique al remitente al 5047 - 2546 y destruyan los materiales. Cualquier información sobre salud y confidencial, y solo debe ser leída por las personas autorizadas. No mantener la confidencialidad está sujeto a sanciones.