

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 debera ser reportado al mismo numero para su autorizacion



Fecha: 06 de DICIEMBRE del 2025

HSP - 381

Sinistro: **COMPLEMENTO**

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Siniestro: 13859 / 2025

Habitacion: **PD** Fecha Ingreso: **04/12/2025** Hora Ingreso: **13:00**

Movimiento: 2.1

Paciente:	NAVA	HERNANDEZ	XOCHITL YESENIA
-----------	------	-----------	-----------------

XOCHITL YESENIA

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

Nombre(s)

Fecha Nacimiento: 22/09/1992 Edad: 33 Tels.: CASA: ... - ..., CEL.: - ...

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

Certificado: 10567 Vigencia: 01/04/2025 - 31/12/2025

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

Titular: NAVA HERNANDEZ XOCHITL YESENIA

XOCHITL YESENTIA

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

Nombre(s)

Parentesco: **TITULAR FEMENINO** Fecha Alta: **01/04/2025** Fecha Antiquedad: **01/12/2021**

Fecha Antiquedad: 01/12/2021

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

Tiempo de Evolucion

Diagnostico(s) (CIE10):	D25.9 LEIOMIOMA DEL ÚTERO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	2	DIA(S)
-------------------------	--	---	--------

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

	Clave	Descripción
Tratamiento(s):	56308	HISTERECTOMÍA VAGINAL POR LAPAROSCOPIA.

Medico Tratante: **CARLOS ENRIQUE SOTO ABURTO**

Red: **No** Negociacion: **Si**

Dictamen: **PROCEDE**Moneda : **PESOS**Deducible: 0.00 % Coaseguro:

Observaciones :

*Se otorga suma para hospital.

*Médico no red acepta tabulador, si existen diferencias correrán por cuenta del asegurado sin opción a reclamación posterior

*No aplica deducible ni coaseguro.

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

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) padecimientos(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.

JESUS ADOLFO SOLIS HERNANDEZ

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