

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: 18 de DICIEMBRE del 2025

Siniestro: INICIAL

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Siniestro: **14371 / 2025**

Habitacion: **PD** Fecha Ingreso: **16/12/2025** Hora Ingreso: **15:00**

Movimiento: 1.1

|           |          |         |                   |
|-----------|----------|---------|-------------------|
| Paciente: | IGLESIAS | TOSCANO | CHRISTIAN RICARDO |
|-----------|----------|---------|-------------------|

Nombre(s)

|                   |            |                  |    |   |
|-------------------|------------|------------------|----|---|
| Apellido Paterno  |            | Apellido Materno |    | Nombre(s)                                     |
| Fecha Nacimiento: | 23/04/1976 | Edad:            | 49 | Tels.: CASA: .... - ....., CEL.: .... - ..... |

Numero Poliza: **GMMC 2900** Estado: **CIUDAD DE MÉXICO** Municipio: **CUAUHTÉMOC**

Certificado: 18 Vigencia: 01/05/2025 - 01/05/2026

Contratante: **AWP MEXICO, S.A. DE C.V.** Internamiento: **ENFERMEDAD**

Titular: IGLESIAS TOSCANO CHRISTIAN RICARDO

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

Parentesco: **TITULAR MASCULINO** Fecha Alta: **01/05/2025** Fecha Antiquedad: **01/04/2016**

| Clave | Descripcion                                    | Tiempo de Evolucion |
|-------|--|---------------------|
| 12.0  | HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCIÓN, SIN GANGRENA | 1 DIA(S)            |

|                 | Clave | Descripcion                                   |
|-----------------|-------|---|
| Tratamiento(s): | 49585 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL EN MAYORES DE 5 AÑOS. |

Medico Tratante: **Paul Ricardo Arellano Lopez** Red: **No** Negociacion: **Si**

Dictamen: **PROCEDE** Moneda : **PESOS**

| Coberturas                                 | Medico Tratante             | Monto Cubierto | Gastos Pagados por : |           |
|--|-----------------------------|----------------|----------------------|-----------|
|  |                             |                | ALLIANZ              | ASEGURADO |
| HOSPITAL                                   | Paul Ricardo Arellano Lopez | 101,000.00     | x                    |           |
| CIRUJANO (1)                               |                             | 16,766.00      | x                    |           |
| 1ER. AYUDANTE (CIRUJANO 1)                 |                             | 3,353.00       | x                    |           |
| 2DO. AYUDANTE (CIRUJANO 1)                 |                             | 1,677.00       | x                    |           |
| ANESTESIOLOGO (CIRUJANO 1)                 |                             | 5,030.00       | x                    |           |
| <b>Gastos no Cubiertos</b>                 |                             |                |                      |           |
| DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO |                             |                |                      | x         |
| DIFERENCIA DE HABITACION STANDART          |                             |                |                      | x         |
| EXCIDENTE EN SUMA ASEGURADA                |                             |                |                      | x         |
| GASTOS DE DONADOR                          |                             |                |                      | x         |
| GASTOS DE RECIEN NACIDO SANO               |                             |                |                      | x         |
| GASTOS NO CUBIERTOS                        |                             |                |                      | x         |
| GASTOS PERSONALES                          |                             |                |                      | x         |

**Deducible:** 3,439.46 % **Coaseguro:**

**Observaciones :** Se autoriza suma para alta hospitalaria  
 APLICA deducible  
 NO APLICA coaseguro  
 Medico no red se ajusta a tabulador, diferencias a cargo de asegurado  
 No se cubrirán gastos personales sni los no relacionados al evento autorizado.  
 \*El monto autorizado (suma asegurada) incluye iva\*

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 compañia se reserva el derecho a retirar esta autorizacion en caso de practicarse algun tratamiento o cirujia adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

YURIDIA SIBONEY HERNANDEZ TOVAR

Nombre y Firma  
Medico Dictaminador

Nombre y Firma  
Caia Hospital

Nombre y Firma  
Paciente / Familiar

Nombre y Firma  
Caixa de Medicos

BLVD.MANUEL AVILA CAMACHO Nro. 164 LOMAS DE BARRILACO 11010 CIUDAD DE MÉXICO (55) 5201 3000 01-800-11-11-200 AMS950419EG4