

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA513

Episodio:1501250325

Paciente: NATALIA HERNANDEZ SAMANO

Fecha de Ingreso: 17.12.2025

Hora de Ingreso: 11:24:00

Fecha de Egreso : 20.12.2025

Hora de Egreso : 05:05:00

Página: 5 de 5

Fecha: 20.12.2025 Hora: 13:14:24

Compañía: SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIF

Médico: ERANDENI ITZEL FERNANDEZ SILVA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	14,315.61
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	2,963.10
CARGOS INSUMOS	6,125.92
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	24,059.51
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	15,854.71
CARGOS URGENCIAS	6,431.87
DEDUCIBLES	30,172.41-
DESCUENTO ADMISIÓN	2,290.50-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	474.09-
DESCUENTO INSUMOS	980.15-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	3,849.53-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	2,536.78-
DESCUENTO URGENCIAS	1,029.09-

Importe:	69,750.72
Descuentos:	11,160.14-
Sub-total:	58,590.58
IVA(16,00%):	4,546.91
Total de Cargos:	63,137.49
Deducible:	30,172.41-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	32,965.08

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA513

Episodio:1501250325

Paciente: NATALIA HERNANDEZ SAMANO

Página: 1 de 2

Fecha: 20.12.2025 Hora: 13:15:01

Compañía: Paciente particular

Médico: ERANDENI ITZEL FERNANDEZ SILVA

Fecha de Ingreso: 17.12.2025

Hora de Ingreso: 11:24:00

Fecha de Egreso : 20.12.2025

Hora de Egreso : 05:05:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
17.12.2025	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	1	7.23	0.00	7.23	1.16	8.39	8.39	12:01	HSRIVERA
17.12.2025	ATM-100004	ATENCION ESPECIALIZADA HOSPITALIZACION	1	351.36	0.00	351.36	56.22	407.58	415.97	12:38	DDIC
17.12.2025	1000010886	PEDIALYTE SR 45 FCO 500ML SABOR FRESA	1	126.04	0.00	126.04	20.17	146.21	562.18	14:01	HSRIVERA
17.12.2025	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	3	7.23	0.00	21.69	3.47	25.16	587.34	15:14	SOAPUSER
17.12.2025	2000081818	TERMOMETRO CUARZO LIQUIDO S/C C50	1	88.94	0.00	88.94	14.23	103.17	690.51	15:14	SOAPUSER
17.12.2025	ADM-100043	USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	1	90.71	0.00	90.71	14.51	105.22	795.73	16:27	HMACRUZ
18.12.2025	ATM-100004	ATENCION ESPECIALIZADA HOSPITALIZACION	1	351.36	0.00	351.36	56.22	407.58	1,203.31	00:00	DDIC
18.12.2025	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	5	7.23	0.00	36.15	5.78	41.93	1,245.24	07:46	SOAPUSER
19.12.2025	ATM-100004	ATENCION ESPECIALIZADA HOSPITALIZACION	1	351.36	0.00	351.36	56.22	407.58	1,652.82	00:00	DDIC
19.12.2025	ADM-100043	USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	1	90.71	0.00	90.71	14.51	105.22	1,758.04	00:17	HARUBIO
19.12.2025	ATM-100167	SERVICIO DE ESTACIONAMIENTO	4	289.14	0.00	1,156.56	185.05	1,341.61	3,099.65	11:58	HJTENTILE
20.12.2025	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	30,172.41	0.00	30,172.41	4,827.58	34,999.99	38,099.64	13:13	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipó	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part.	Importe	Saldo
17.12.2025	1402112612	ABONO	TARJETA DE CREDITO	MERCADOPAGO	003293	MVDBVM	670.80-	670.80	670.80
19.12.2025	1402119431	ABONO	TARJETA DE CREDITO	MERCADOPAGO	3293	OLQNBI	670.81-	670.81	1,341.61

Importe:	2,672.11
Descuentos:	0.00
Sub-total:	2,672.11
IVA(16,00%):	5,255.12
Total de Cargos:	7,927.23
Deducible:	30,172.41
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	1,341.61-
Total a Pagar:	36,758.03

Carta de Autorización

No. Autorización: 3845396

Incidente: 4710232

Datos de la hospitalización

Nombre del Paciente:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO	Fecha y Hora de Ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1285046
Médico Tratante:	ERANDENI ITZEL FERNANDEZ SILVA	Folio:	CC01GMIHNA25G17198

Datos de la Póliza

Número de Póliza:	GM0000493944	Vigencia de Póliza hasta:	30/01/2026
Contratante:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO		

Asegurado Titular

NATALIA HERNANDEZ SAMANO

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Enterocolitis debida a Clostridium difficile	.

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Consulta, Tratamiento	\$5,244.00	Honorarios Médicos del 18/12/2025 al 20/12/2025
Consulta, Tratamiento	\$1,495.00	Urgencias

Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$85,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00
Deducible Anual:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos quedan a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La Compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 20-12-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Carta de Autorización

No. Autorización: 3845394

Incidente: 4710232

Datos de la hospitalización

Nombre del Paciente:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO	Fecha y Hora de Ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1285046
Médico Tratante:		Folio:	CC01GMIHNA25G17198

Datos de la Póliza

Número de Póliza:	GM0000493944	Vigencia de Póliza hasta:	30/01/2026
Contratante:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO		

Asegurado Titular

NATALIA HERNANDEZ SAMANO

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Enterocolitis debida a Clostridium difficile	.

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$70,000.00	Esta carta cancela y sustituye 3844331 Carta de Hospital

Pagos del Asegurado

Deducible:	\$35,000.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$85,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00
Deducible Anual:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos quedan a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

Estimado cliente/proveedor:

- **Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.**
- La Compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 20-12-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



SEGUROS
MONTERREY

Carta de Autorización

No. Autorización: 3845395

Incidente: 4710232

Datos de la hospitalización

Nombre del Paciente:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO	Fecha y Hora de Ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1285046
Médico Tratante:	ATZARON KEINN MONTERRUBIO RETANA	Folio:	CC01GMIHNA25G17198

Datos de la Póliza

Número de Póliza:	GM0000493944	Vigencia de Póliza hasta:	30/01/2026
Contratante:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO		

Asegurado Titular

NATALIA HERNANDEZ SAMANO

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Enterocolitis debida a Clostridium difficile	.

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Consulta, Tratamiento	\$6,202.00	Honorarios Médicos del 18 al 20 de Diciembre
Consulta, Tratamiento	\$1,837.00	Interconsulta del 17 de Diciembre

Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$85,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00
Deducible Anual:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos quedan a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La Compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 20-12-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma