

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA608

Episodio:1501259649

Paciente: CAROLINA VERA MORALES

Fecha de Ingreso: 22.12.2025

Hora de Ingreso: 09:57:00

Fecha de Egreso : 23.12.2025

Hora de Egreso : 08:28:00

Página: 1 de 2

Fecha: 23.12.2025 Hora: 13:09:56

Compañía: Paciente particular

Médico: CARLOS ALFREDO RAMIREZ CHACON

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
22.12.2025	1000015834	OMEPRAZOL SOL INY FCO AMP 40MG/10ML	1	393.12	0.00	393.12	62.90	456.02	456.02	19:22	HAAVILA
23.12.2025	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	1,724.14	0.00	1,724.14	275.86	2,000.00	2,456.02	13:08	HSALHERNANDE
23.12.2025	COASHPART	SERVICIO HOSPITALARIO COASEGURO CO H	1	14,214.19	0.00	14,214.19	2,274.27	16,488.46	18,944.48	13:08	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	393.12
Descuentos:	0.00
Sub-total:	393.12
IVA (16,00%) :	2,613.03
Total de Cargos:	3,006.15
Deducible:	1,724.14
Coaseguro:	14,214.19
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	18,944.48

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA608

Episodio:1501259649

Paciente: CAROLINA VERA MORALES

Fecha de Ingreso: 22.12.2025

Hora de Ingreso: 09:57:00

Fecha de Egreso : 23.12.2025

Hora de Egreso : 08:28:00

Página: 6 de 6

Fecha: 23.12.2025 Hora: 13:10:29

Compañía: ALLIANZ MEXICO SA COMPAÑIA DE

Médico: CARLOS ALFREDO RAMIREZ CHACON

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	4,812.75
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	71,568.03
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	364.76
CARGOS CIRUGÍA	64,211.83
CARGOS INSUMOS	20,727.91
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	9,583.88
COASEGUROS	14,214.19-
DEDUCIBLES	1,724.14-
DESCUENTO ADMISIÓN	770.04-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	11,450.89-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	58.36-
DESCUENTO CIRUGÍA	10,273.90-
DESCUENTO INSUMOS	3,316.48-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	1,533.44-
Importe:	171,269.16
Descuentos:	27,403.11-
Sub-total:	143,866.05
IVA (16,00%) :	20,468.44
Total de Cargos:	164,334.49
Deducible:	1,724.14-
Coaseguro:	14,214.19-
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	148,396.16

al (los) procedimiento(s) autorizado(s) expresamente en la misma. No obstante lo anterior, la presente autorización, no producirá efectos, ni se considerará válida, si la póliza de seguro no es renovada o no se mantiene vigente, durante o después del periodo de autorización.

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



Allianz Mexico, S.A. Compañía de Seguros

Fecha: 09 de DICIEMBRE del 2025

HSP - 381

Sinistro: COMPLEMENTO

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Sinistro: 12824 / 2025

Habitacion: PC Fecha Ingreso: 09/12/2025 Hora Ingreso: 14:00

Movimiento: 3.1

Paciente: VERA MORALES CAROLINA

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha Nacimiento: 03/08/1993 Edad: 32 Tels.: CASA: ... - ..., CEL.: ... - ...

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

Certificado: 13496 Vigencia: 01/04/2025 - 31/12/2025

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

Titular: VERA MORALES CAROLINA

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Parentesco: TITULAR FEMENINO Fecha Alta: 01/04/2025 Fecha Antigüedad: 16/12/2020

Diagnostico(s) (CIE10): J34.2 DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL Tiempo de Evolucion 1 AÑO(S)

Tratamiento(s): 30520 SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTO RNO O REEMPL

Medico Tratante: Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon

Red: No Negociacion: Si

Dictamen: PROCEDE

Moneda: PESOS

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGURADO
HOSPITAL	Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon	55,000.00	x	
CIRUJANO (1)		14,998.00	x	
1ER. AYUDANTE (CIRUJANO 1)		3,000.00	x	
ANESTESIOLOGO (CIRUJANO 1)		4,499.00	x	
Gastos no Cubiertos				
DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO				x
DIFERENCIA DE HABITACION STANDART				x
EXCENDENTE EN SUMA ASEGURADA				x
GASTOS DE DONADOR				x
GASTOS DE RECIEN NACIDO SANO				x
GASTOS NO CUBIERTOS				x
GASTOS PERSONALES				x

Deducible: 2,000.00 % Coaseguro: 10

Observaciones : * Aplica deducible de \$2,000.00 y coaseguro de 10%
* No se cubren gastos personales ni los no relacionados con el padecimiento actual
* Medico fuera de convenio que se ajusta a los tabuladores de la compañía, en caso de existir diferencias en honorarios medicos, estas quedan a cargo del asegurado sin opcion a reclamacion posterior

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 días 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 al tabulador de pago directo, no seran reembolsables por Allianz Mexico. Solo se cubre lo relativo al (los) padecimientos(s) autorizado(s). La compañía se reserva el derecho a retirar esta autorizacion en caso de practicarse algun tratamiento o cirugía adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

FRANCISCO JAVIER RAMOS TORRES


Nombre y Firma
Medico Dictaminador

Nombre y Firma
Paciente / Familiar

Nombre y Firma
Caja de Medicos

Esta autorización tendra una vigencia de 15 días hábiles a partir de su expedición del 23/12/2025 al 14/01/2026, periodo en que debiera(n) llevarse a cabo el (los) procedimiento(s) autorizado(s) expresamente en la misma. No obstante lo anterior, la presente autorización, no producirá efectos, ni se considerará válida, si la póliza de seguro no es renovada o no se mantiene vigente, durante ó después del periodo de autorización.

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 autorización

Allianz 

HSP - 381

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Habitacion: PC

Paciente: VERA

Fecha Nacimiento: 03/08/1993

Numero Poliza: GMMC 4777

Certificado: 13496

Contratante: SECRETARIA DE SEGURIDAD Y PROTECCION CIUDADANA SERVICIO DE PRO

Titular: VERA

Parentesco: TITULAR FEMENINO

Fecha: 23 de DICIEMBRE del 2025

Siniestro: COMPLEMENTO

Nro. Siniestro: 12824 / 2025

Movimiento: 3.2

Apellido Paterno: MORALES

Apellido Materno: CAROLINA

Nombre(s): CAROLINA

Tels.: CASA: ... - ..., CEL.: ... - ...

Municipio: CUAUHTÉMOC

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

Internamiento: ENFERMEDAD

Apellido Paterno: MORALES

Apellido Materno: CAROLINA

Nombre(s): CAROLINA

Fecha Alta: 01/04/2025

Fecha Antigüedad: 16/12/2020

Clave Descripción

Diagnostico(s) (CIE10): J34.2 DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL

Clave Descripción

Tratamiento(s): 30520 SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPLAZO

Medico Tratante: Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon

Red: No

Negociación: Si

Dictamen: PROCEDE

Moneda: PESOS

Clave Descripción

Diagnostico(s) (CIE10): J34.2 DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL

Clave Descripción

Tratamiento(s): 30520 SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPLAZO

Medico Tratante: Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon

Red: No

Negociación: Si

Dictamen: PROCEDE

Moneda: PESOS

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGURADO
HOSPITAL		116,662.28	x	
Gastos no Cubiertos				
DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO				x
DIFERENCIA DE HABITACION STANDART				x
EXCENDENTE EN SUMA ASEGURADA				x
GASTOS DE DONADOR				x
GASTOS DE RECIEN NACIDO SANO				x
GASTOS NO CUBIERTOS				x
GASTOS PERSONALES				x

Deducible: 0.00 % Coaseguro: 10

Observaciones : Suma por alta hospitalaria
APLICA coaseguro de 10%
* No se cubren gastos personales ni los no relacionados con el padecimiento actual
* Medico fuera de convenio que se ajusta a los tabuladores de la compañía, en caso de existir diferencias en honorarios medicos, estas quedan a cargo del asegurado sin opcion a reclamacion posterior
*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 días naturales a partir de inicio de vigencia de esta autorización para presentar a Allianz Mexico, S.A. las facturas y/o recibos correspondientes.

Pasado este plazo tendra que gestionar una nueva autorización.

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 compañía se reserva el derecho a retirar esta autorización en caso de practicarse algun tratamiento o cirugía adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

YURIDIA SIBONEY HERNANDEZ TOVAR

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