

## ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA608

Episodio:1501259649

Paciente: CAROLINA VERA MORALES

Página: 1 de 2

Fecha: 23.12.2025 Hora: 13:09:56

Compañía: Paciente particular

Médico: CARLOS ALFREDO RAMIREZ CHACON

Fecha de Ingreso: 22.12.2025

Hora de Ingreso: 09:57:00

Fecha de Egreso : 23.12.2025

Hora de Egreso : 08:28:00

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

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-
DEDUCTIBLES	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
Deductible:	1,724.14-
Coaseguro:	14,214.19-
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	148,396.16

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 deberá ser reportado al mismo numero para su autorización.



HSP - 381

Allianz Mexico, S.A. Compañía de Seguros

Fecha: 09 de DICIEMBRE del 2025

Sinistro: COMPLEMENTO

Nro. Sinistro: 12824 / 2025

Movimiento: 3.1

CAROLINA

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES  
Habitacion: PC Fecha Ingreso: 09/12/2025 Hora Ingreso: 14:00  
Paciente: VERA MORALEZ  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)  
Fecha Nacimiento: 03/08/1993 Edad: 32 Tels.: CASA: ... - ... , CEL.: ... - ...  
Número 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 MORALEZ CAROLINA  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)  
Parentesco: TITULAR FEMENINO Fecha Alta: 01/04/2025 Fecha Antiguedad: 16/12/2020  
Clave Descripción Tiempo de Evolucion  
Diagnóstico(s) (CIE10): J34.2 DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL 1 AÑO(S)  
Clave Descripción  
Tratamiento(s): 30520 SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPI  
Medico Tratante: Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon Red: No Negociacion: Si  
Dictamen: PROCEDE Moneda: PESOS

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGUROADO
HOSPITAL		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				x
DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO				x
DIFERENCIA DE HABITACION STANDART				x
EXCEDENTE 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 opción a reclamación posterior

El Prestador y el Asegurado tendrán la obligación de reportar la prestación del servicio al momento de recibirla al tel. 01 800 11 11 400. Cobro de facturas y/o recibos: El Proveedor contará 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 tendrá que gestionar una nueva autorización. Las diferencias de honorarios Medicos-Quirúrgicos en caso de Medicos No de Convenio y que acepten durante el internamiento al tabulador de pago directo, no serán 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 algún tratamiento o cirugía adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

FRANCISCO JAVIER RAMOS TORRES

Nombre y Firma  
Medico Diccioninador

Nombre y Firma  
Caja Hospital

Nombre y Firma  
Paciente / Familiar

Nombre y Firma  
Caja de Medicos

Esta autorización tendrá una vigencia de 15 días hábiles a partir de su expedición del 23/12/2025 al 14/01/2026, periodo en que deberá(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 6 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 generará una clave en sistema que será requisito para el cobro; cualquier gasto en exceso de lo autorizado deberá ser reportado al mismo número para su autorización.



HSP - 381

Allianz Mexico, S.A. Compañía de Seguros

Fecha: 23 de DICIEMBRE del 2025

Hospital:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES			Siniestro:	COMPLEMENTO																																																		
Habitación:	PC	Fecha Ingreso: 09/12/2025	Hora Ingreso: 14:00	Nro. Siniestro:	12824 / 2025																																																		
Paciente:	VERA	MORALES	CAROLINA	Movimiento:	3.2																																																		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)																																																					
Fecha Nacimiento: 03/08/1993	Edad: 32	Tels.: CASA: ... - ... , CEL.: ... - ...																																																					
Número 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 Antiguedad: 16/12/2020																																																					
Clave	Descripción		Tiempo de Evolución																																																				
Diagnóstico(s) (CIE10): J34.2 DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL			1 AÑO (S)																																																				
Clave	Descripción																																																						
Tratamiento(s): 30520 SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPI																																																							
Medico Tratante:	Dr. Carlos Alfredo Ramirez Chacon	Red:	No	Negociación:	Si																																																		
Dictamen:	PROCEDE	Moneda:	PESOS																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Coberturas</th> <th rowspan="2">Medico Tratante</th> <th rowspan="2">Monto Cubierto</th> <th colspan="2">Gastos Pagados por:</th> </tr> <tr> <th>ALLIANZ</th> <th>ASEGURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOSPITAL</td> <td></td> <td>116,662.28</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gastos no Cubiertos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIFERENCIA DE HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICO</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIFERENCIA DE HABITACION STANDART</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXCEDENTE EN SUMA ASEGURADA</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GASTOS DE DONADOR</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GASTOS DE RECIENTE NACIDO SANO</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GASTOS NO CUBIERTOS</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GASTOS PERSONALES</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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		EXCEDENTE EN SUMA ASEGURADA			X		GASTOS DE DONADOR			X		GASTOS DE RECIENTE NACIDO SANO			X		GASTOS NO CUBIERTOS			X		GASTOS PERSONALES			X			
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																																																				
EXCEDENTE EN SUMA ASEGURADA			X																																																				
GASTOS DE DONADOR			X																																																				
GASTOS DE RECIENTE 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 médicos, estas quedan a cargo del asegurado sin opción a reclamación posterior

\* El monto autorizado (suma asegurada) incluye iva\*

El Prestador y el Asegurado tendrán la obligación de reportar la prestación del servicio al momento de recibirla al tel. 01 800 11 11 400.

Cobro de facturas y/o recibos: El Proveedor contará 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 tendrá que gestionar una nueva autorización.

Las diferencias de honorarios Médicos-Quirúrgicos en caso de Médicos No de Convenio y que aceptan durante el internamiento el tabulador de pago directo, no serán 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 algún tratamiento o cirugía adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

YURIDIA SIBONEY HERNANDEZ TOVAR

Nombre y Firma  
Medico Diclaminador

Nombre y Firma  
Caja Hospital

Nombre y Firma  
Paciente / Familiar

Nombre y Firma  
Caja de Medicos