

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA716

Episodio:1501294298

Paciente: GUSTAVO DOMINGUEZ DIAZ

Fecha de Ingreso: 14.01.2026

Hora de Ingreso: 07:32:00

Fecha de Egreso : 14.01.2026

Hora de Egreso : 18:07:00

Página: 5 de 5

Fecha: 15.01.2026 Hora: 10:36:47

Compañía: ALLIANZ MEXICO SA COMPAÑIA DE

Médico: FRANCISCO JAVIER NAVA LABASTID

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	5,077.45
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	40,384.32
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	384.82
CARGOS CIRUGÍA	30,326.80
CARGOS INSUMOS	45,491.86
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	5,596.17
COASEGUROS	10,517.54-
DEDUCIBLES	1,724.14-
DESCUENTO ADMISIÓN	812.39-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	6,461.48-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	61.57-
DESCUENTO CIRUGÍA	4,852.30-
DESCUENTO INSUMOS	7,278.75-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	895.40-
Importe:	127,261.42
Descuentos:	20,361.89-
Sub-total:	106,899.53
IVA(16,00%) :	15,145.26
Total de Cargos:	122,044.79
Deducible:	1,724.14-
Coaseguro:	10,517.54-
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	109,803.11

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA716

Episodio:1501294298

Paciente: GUSTAVO DOMINGUEZ DIAZ

Fecha de Ingreso: 14.01.2026

Hora de Ingreso: 07:32:00

Fecha de Egreso : 14.01.2026

Hora de Egreso : 18:07:00

Página: 1 de 2

Fecha: 15.01.2026 Hora: 10:29:04

Compañía: Paciente particular

Médico: FRANCISCO JAVIER NAVA LABASTID

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
15.01.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	1,724.14	0.00	1,724.14	275.86	2,000.00	2,000.00	10:28	HSALHERNANDE
15.01.2026	COASHPART	SERVICIO HOSPITALARIO COASEGURO CO H	1	10,517.54	0.00	10,517.54	1,682.81	12,200.35	14,200.35	10:28	HSALHERNANDE

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

Importe:	0.00
Descuentos:	0.00
Sub-total:	0.00
IVA(16,00%):	1,958.67
Total de Cargos:	1,958.67
Deducible:	1,724.14
Coaseguro:	10,517.54
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	14,200.35

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA716

Episodio:1501294298

Paciente: GUSTAVO DOMINGUEZ DIAZ

Fecha de Ingreso: 14.01.2026

Hora de Ingreso: 07:32:00

Fecha de Egreso : 14.01.2026

Hora de Egreso : 18:07:00

Página: 2 de 2

Fecha: 15.01.2026 Hora: 10:29:04

Compañia: Paciente particular

Médico: FRANCISCO JAVIER NAVA LABASTID

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

COASEGUROS	10,517.54
DEDUCIBLES	1,724.14
Importe:	0.00
Descuentos:	0.00
Sub-total:	0.00
IVA(16,00%):	1,958.67
Total de Cargos:	1,958.67
Deducible:	1,724.14
Coaseguro:	10,517.54
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	14,200.35

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: 15 de ENERO del 2026

HSP - 381

Sinistro: COMPLEMENTO

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Sinistro: 13948 / 2025

Habitacion: CP Fecha Ingreso: 18/12/2025 Hora Ingreso: 13:00

Movimiento: 2.3

Paciente:	DOMINGUEZ	DIAZ	GUSTAVO
-----------	-----------	------	---------

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

Fecha Nacimiento: 25/04/1965 Edad: 60 Tels.: CASA: ... - ..., CEL.: -

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

Certificado: 1721 Vigencia: 01/04/2025 - 31/12/2025

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

Titular: DOMINGUEZ DIAZ GUSTAVO

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

Parentesco: **TITULAR MASCULINO** Fecha Alta: **01/04/2025** Fecha Antiquedad: **16/06/2021**

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

Tiempo de Evolucion

Diagnostico(s) (CIE10):	J32.0 SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA	2	ANO(S)
-------------------------	---------------------------------	---	--------

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

	Clave	Descripción
Tratamiento(s):	31070	SINUSOTOMÍA FRONTAL, EXTERNA, SIMPLE (OPERACIÓN CON TREFINA).

Medico Tratante: FRANCISCO JAVIER NAVA LABASTIDA

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

Dictamen: **PROCEDE**

Moneda : PESOS

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGURADO
HOSPITAL		77,262.00	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: 0.00 % Coaseguro: 10

Observaciones : *Se otorga suma por alta hospitalaria

*Aplica coasequiro.

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

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 autorización en caso de practicarse algun tratamiento o ciruj a 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