

N° de Atención Programada : 98085385
Fecha : 22/01/2026
Hora : 10:24:27
Número de Siniestro : SGMC-15554
Fecha de vencimiento Atención Programada : 21/02/2026



Carta Aviso de Atención Programada al Proveedor

Estimado ELIZABETH PLATA ROMERO,
Se le hace entrega de la siguiente Carta de Autorización de Atención Programada de acuerdo al siguiente Tratamiento y/o Cirugía.

Información del Siniestro

Área de Ingreso : Punto de Atención : Punto Atención provisorio ELIZABETH
Tipo de Ingreso : / Enfermedad/ Cirugia
Fecha de Ingreso : 27/01/2026

Información del Asegurado

Nombre del Titular : EZEQUIEL GUILLEN NAVARRETE
Nombre del Asegurado Afectado : EZEQUIEL GUILLEN NAVARRETE
Póliza : PGMC-859
Credencial : 2646490 Sexo : Masculino
Certificado : 31 Edad : 62

Información del Diagnóstico

Descripción	CIE-10
Lesiones del hombro	M75
Síndrome del manguito rotatorio	M75.1

Información del Tratamiento

Descripción	CPT-4
Reconstrucción de avulsión completa del hombro (rotador), avulsión del manguito, crónico(incluye acromio	23420

Información de los Servicios Programados

ELIZABETH PLATA ROMERO

Punto Atención : Punto Atención provisorio ELIZABETH

Número Programación : 98144815

<u>Clave de la Prestación</u>	<u>Descripción de la Prestación</u>	<u>Unidades</u>	<u>Rol</u>	<u>Tipo</u>	<u>Zona</u>	<u>Monto Total (Incluye Iva)</u>
	Servicios Profesionales	1	Primeros Ayudantes			MXN\$ 9,000.00

GASTO TOTAL	MXN\$	9,000.00
DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO	MXN\$	0.00
COASEGURO A CARGO DEL ASEGURADO	MXN\$	0.00

Gastos NO Cubiertos: Agua embotellada, alimento de acompañantes, alimentos extras del paciente, Almohadas, artículos de tabaquería, batas, caja fuerte, cassettes, control de TV, cepillo dental, cojín eléctrico cómodo o pato desechable (uno por paciente), compra o renta de video, cosméticos, cotonetes o aplicadores, cremas, desodorantes, días de estancia adicional a lo autorizado, dulces, enjuagues, estacionamiento, estudios auxiliares al diagnóstico autorizado, exceder del tipo de habitación autorizado, fianza, anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, flores, reposición de prótesis, gasolina, exámenes de V.I.H. lociones corporales, llamadas telefónicas, medias elásticas, medias Ted (previa autorización), pantuflas, pañal de adulto (previa autorización), paquete de admisión, pasta dental, pañuelos desechables, peine, peluquería, barbería, pedicuritas, perfumes, rastrillos y/o navajas de uso personal, regalos, revistas, sábanas térmicas (una por asegurado), servicio de librería, periódicos, servicio de restaurantes y cafetería, servicio fotográfico, shampoo, talco, termómetro (uno por paciente), toallas, toallas sanitarias (previa autorización), aceite, esponja, jabón, juguetes, konakion (solo con autorización y con cobertura de recién nacido), tiraleches, pomadas, perforaciones de lóbulo, tramites del registro civil, gastos no autorizados por el Médico Supervisor, gastos no relacionados al diagnóstico o tratamiento.

ANGEL ALARCON ITURBIDE
Médico Dictaminador

Esta Autorización tiene una vigencia de 30 días naturales y se limita al tratamiento previsto en la presente, cualquier adicional complementario deberá ser Informada y Autorizada por Prevem Seguros S.A de C.V.

F0018