

Carta de Autorización

No. Autorización: 3866523

Incidente: 4728655

Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	ANDREA RODRIGUEZ AVALOS	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1289144
Médico tratante:	DIEGO ANTONIO CARIÑO CARTAGENA	Folio:	CC00GMIHNA26216240

Datos de la Póliza

Número de póliza:	GM0000504554	Vigencia de póliza:	17/03/26
Contratante	ELVIRA AVALOS OLIVEROS		

Asegurado titular

ANDREA RODRIGUEZ AVALOS

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Desviación del tabique nasal	Se autoriza Rinoseptumplastia funcional con toma de injerto costal / cirugía endoscópica funcional de senos paranasales. Por cobertura de Nariz y Senos Paranasales Se aplicarán 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales a lo establecido en la tabla de Participación definida en Carátula de la Póliza.

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$7,855.00	Anestesiólogo. La presente carta autorización cancela y sustituye a la 3863307.

Pagos del asegurado

Copago:	\$0.00
Participación (%):	35
Tope de participación:	\$9,999,999,999.00
Participación de honorarios médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos 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.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- 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 coseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 18-02-2026

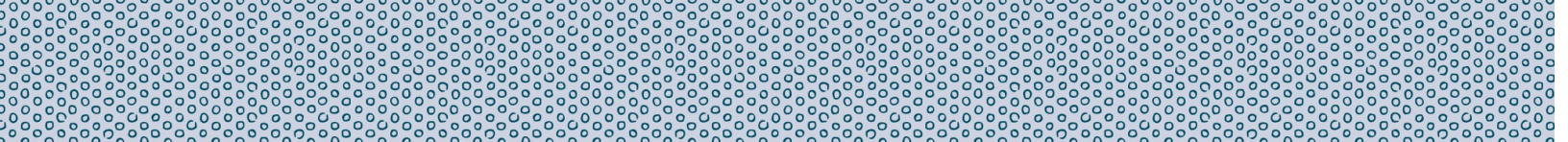
Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



SEGUROS
MONTERREY



Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

