

Carta de Autorización

No. Autorización: 3921350

Incidente: 4770086

Datos de la hospitalización

| | | | |
|----------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Nombre del paciente: | DIEGO CERON RAMOS | Fecha y hora de ingreso: | |
| Proveedor: | HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES | Siniestro: | 1297331 |
| Médico tratante: | | Folio: | CC17GMIHNA26405065 |

Datos de la póliza

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------|------------|--------------------|------------|
| Número de póliza: | GMM-22186 | Certificado: | 0000712457 | Vigencia de póliza | 31/12/2026 |
| Contratante | UNILEVER DE MEXICO S DE RL DE CV | Conducto: | | | |

Asegurado titular

DIEGO CERON RAMOS

| Diagnóstico | Padecimiento | Notas |
|-------------------|---|-------|
| DIAGNÓSTICO FINAL | Luxación de la articulación acromioclavicular | |

Pagos de servicios

| Concepto | Monto autorizado | Notas |
|--------------------|------------------|--|
| Gasto Hospitalario | \$258,000.00 | Carta Hospital Esta carta cancela y sustituye a 3910833 REPARACION DE MANGUITO ROTADOR + REPARACION LABRAL + ESTABILIZACION AC FIJACION. HOMBRO IZQUIERDO. |

Pagos del Asegurado

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Deducible: | \$0.00 |
| Coaseguro: | 0% |
| Límite de Coaseguro: | \$191,544.40 |
| Coaseguro Honorarios Médicos: | \$0.00 |

Solo se cubren las 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 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 coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 07-04-2026

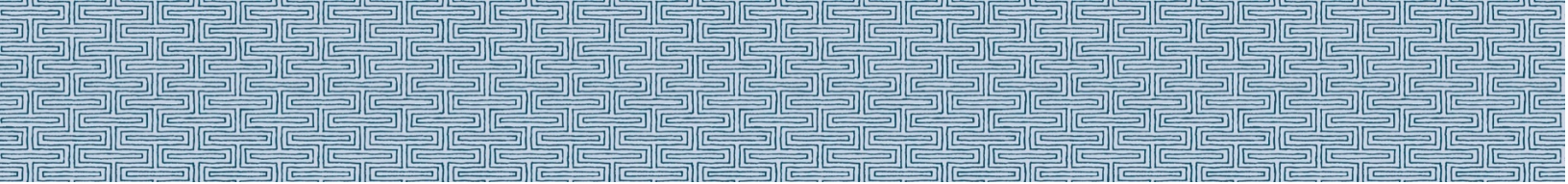
Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



SEGUROS
MONTERREY



Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



SEGUROS
MONTERREY