

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3910838

Incidente: 4770086

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	DIEGO CERON RAMOS	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1297331
Médico tratante:	YAIR OSVALDO CASTAÑEDA SOLANO	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
Intervención Quirúrgica	\$5,014.00	Primer ayudante

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$191,544.40
Coaseguro 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 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

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



SEGUROS  
MONTERREY