

Esta autorización tendrá una vigencia de 15 días hábiles a partir de su expedición del 15/01/2026 al 05/02/2026, periodo en que deberá(n) llevarse a cabo el (los) procedimiento(s) autorizado(s) expresamente en la misma. No obstante lo anterior, la presente autorización, no producirá efectos, ni se considerará válida, si la póliza de seguro no es renovada o no se mantiene vigente, durante ó después del periodo de autorización.

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

Siniestro: COMPLEMENTO

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Siniestro: 13072 / 2025

Habitacion: CP Fecha Ingreso: 15/01/2026 Hora Ingreso: 14:00

Movimiento: 2.1

Paciente: AVILA CIENEGA ALEJANDRO VALENTE

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha Nacimiento: 10/01/1989 Edad: 37 Tels.: CASA: -----, CEL.: --- - ----

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

Certificado: 492 Vigencia: 01/04/2025 - 31/12/2025

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

Titular: AVILA CIENEGA ALEJANDRO VALENTE

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Parentesco: TITULAR MASCULINO Fecha Alta: 01/04/2025 Fecha Antigüedad: 16/05/2022

Clave	Descripcion	Tiempo de Evolucion
J34.2	DESVIACIÓN DEL TABIQUE PARANASAL	1 AÑO(S)

Clave	Descripcion
30520	SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPI
30801	CAUTERIZACIÓN Y/O ABLACIÓN, MUCOSA DE CORNETE NASAL, UNILATERAL O BILATERAL, CUALQUIER MÉTODO, (PROCEDIMI

Medico Tratante: Carlos Alfredo Ramírez Chacón Red: No Negociacion: Si

Dictamen: PROCEDE Moneda: PESOS

Coberturas	Medico Tratante	Monto Cubierto	Gastos Pagados por :	
			ALLIANZ	ASEGURADO
HOSPITAL	Carlos Alfredo Ramírez Chacón	50,000.00	x	
CIRUJANO (1)		16,753.00	x	
1ER. AYUDANTE (CIRUJANO 1)		3,351.00	x	
ANESTESIOLOGO (CIRUJANO 1)		5,026.00	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: 2,000.00 % Coaseguro: 10

Observaciones : carta inicial
 suma para hospital y honorarios medicos
 tratante se ajusta, en caso de diferencias corren a cargo del asegurado
 si aplica deducible
 si aplica coaseguro
 no se cubren gastos personales ni los no relacionados
 MONTO AUTORIZADO/ASEGURADO 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 días 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 compañía se reserva el derecho a retirar esta autorizacion en caso de practicarse algun tratamiento o cirugia adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

MARIA ALEJANDRA AGUIRRE REYES

Nombre y Firma
Medico Dictaminador

Nombre y Firma
Caja Hospital

Nombre y Firma
Paciente / Familiar

Nombre y Firma
Caja de Medicos