

## **Estimado Cliente**

**WTW** ha tramitado su solicitud de **Programación** ante la compañía de seguros y a continuación compartimos la respuesta otorgada por su aseguradora.

Se emite “Carta Autorización por concepto de Gastos de Hospitalización y/o de Honorarios Médicos” sujetos a condiciones contratadas de póliza.

**Proveedor de atención: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**

**Deducible : \$14,365.83**

**Coaseguro : \$10%**

**Concepto autorizado: 54,479.00**

Gestionar con su médico tratante la programación hospitalaria del procedimiento y validar la aceptación de honorarios médicos autorizados. **En caso de que su médico no acepte tabulador se deberán ingresar honorarios médicos vía reembolso.**

- Al ingreso hospitalario deberá presentar carta autorización emitida, identificación oficial con fotografía vigente (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) y credencial de gastos médicos mayores.
- Validar la vigencia de la presente carta indicada en apartado de observaciones, si se realizará la cirugía posterior a esta fecha deberá ingresar trámite solicitando actualización de vigencia previo al ingreso hospitalario.
- Para evitar contratiempos previo al alta hospitalaria, si recibiste atención médica por un especialista adicional a su médico tratante y no fue contemplado en el trámite inicial, deberá requisitar y entregar al hospital con anticipación el formato de informe médico completamente requisitado para tabulación correspondiente.
- Al momento de su alta hospitalaria, el tiempo de gestión de trámite de liberación es aproximadamente de 4 a 6 horas una vez que el hospital envía el expediente completo a la compañía de seguros. En este momento, se deberá cubrir el importe de deducible, coaseguro de hospital y/o de honorarios médicos y gastos no cubiertos ó personales. En caso de contar con el beneficio de eliminación y/o reducción de deducible ó coaseguros,

estos no serán aplicables acorde a lo estipulado en carta autorización. **En caso de aplicar estos conceptos no serán sujetos a reembolso.**

- Gastos subsecuentes por conceptos de consultas, medicamentos, estudios en relación al presente padecimiento, entre otros, pueden ser reembolsables quedando sujetos a dictamen, tabulador y condiciones y/o endosos de póliza contratado. Contactar a tu consultor para mayor información.

Hacemos referencia de aquellos **gastos que son excluidos** en su atención médica correspondiente, los siguientes pueden ser enunciativos más no limitativos.

- a. Gastos personales, insumos desechables, conceptos indicados en observaciones de carta y gastos sin relación con el padecimiento motivo de la atención, ejemplo: estudios y tratamientos preventivos ó de carácter experimental.
- b. Todo excedente a los montos de honorarios autorizados, quedarán a cargo del asegurado sin opción a reembolso.
- c. En caso de realizarse algún procedimiento adicional al autorizado o se realice algún cambio en la información inicialmente declarada, quedará sujeto a dictamen por parte de la aseguradora durante el internamiento y/o retiro de la carta autorización emitida.

Adjunto encontrará la documentación relativa a este trámite, mismo que siguiendo nuestra política de seguridad de información y protección de datos se encuentra cifrado con una contraseña que será enviada en un próximo email.

En caso de contar con alguna duda respecto a su solicitud o proceso favor de contactar a consultor asignado de **WTW**

Esperando que tenga una pronta recuperación, sin más por el momento, agradecemos su tiempo y nos reiteramos a sus órdenes.

Atentamente;

**WTW**

[GBCSIN@willistowerswatson.com](mailto:GBCSIN@willistowerswatson.com)

[wtwco.com](http://wtwco.com)

[Sigue a WTW en redes sociales](#)

Los documentos que se adjuntan a este correo contienen información confidencial que solo puede ser vista o usada por el destinatario que se identifica en el inicio del documento. Si Usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje o información adjunta, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si ha recibido este mensaje por error, le rogamos que nos lo comunique inmediatamente por esta misma vía y proceda usted a su destrucción inmediata.

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3857863

Incidente: 4723541

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	DIEGO ALEJANDRO URTIZ ESTEVEZ	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1287930
Médico tratante:		Folio:	BM05GMEPXP26204027

## Datos de la póliza

Número de póliza:	GMM-27015	Certificado:	0000845634	Vigencia de póliza	31/12/2026
Contratante	MAGNUM ICC MEXICO S. DE R.L. DE C.V.	Conducto:			

## Asegurado titular

DIEGO ALEJANDRO URTIZ ESTEVEZ

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Desviación del tabique nasal	Se cubre: Septumplastia con técnica de Cottle, reducción volumétrica de cornetes con microdebridador. Honorarios médicos podrán ser valorados vía reembolso, médico no cuenta con beneficio de Pago Directo.

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$54,479.00	Hospital.

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$14,365.83
Coaseguro:	10%
Límite de Coaseguro:	\$191,544.40
Coaseguro Honorarios Médicos:	

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: 04-02-2026

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma