

## CARTA AUTORIZACIÓN

Folio DCN                    20260304AN0000000832

Siniestro - Reclamación        1260220210-2

| Datos generales                               |                         |  |  |
|---|-------------------------|--|--|
| <b>Hospital</b>                               | <b>Tipo de trámite</b>  | <b>Fecha de ingreso hospitalario</b>   |  |
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES              | CPH                     | 2026/03/05   |  |
| <b>Nombre del paciente</b>                    | <b>Edad</b>             | <b>Fecha de nacimiento</b>   |  |
| HERNANDEZ ANGELES                    PATRICIA | 52                      | 1972/09/15   |  |
| <b>Contratante</b>                            | <b>Número de póliza</b> | <b>Sexo</b>  |  |
| ITALMEX, S.A.                                 | 840721                  | <input checked="" type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino |  |
| <b>Asegurado titular</b>                      | <b>Certificado</b>      |  |  |
| GOMEZ CAMACHO                    ALFREDO      | 2001                    |  |  |

| Causa del Internamiento                               |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accidente                    | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <b>Diagnóstico</b>                                    |  |                                   |
| INSUFICIENCIA VENOSA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA |  |                                   |
|   |  |                                   |
|   |  |                                   |

| Tratamiento médico y/o quirúrgico   | Clave de procedimiento: |
|---|-------------------------|
| LIGADURA SUBFACIAL DE VASOS PERFORANTES TIPO LINTON DE EXTRAMIDAD INFERIOR IZQUIERDA.LIGADURA, DIVISION, ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA | 37760 - 0- 0            |
|   |                         |

| Importes autorizados |              |   |
|----------------------|--------------|---|
| Hospital             | \$165,544.00 | <b>Importe a pagar por el asegurado</b> |
|                      |              | Deducible    \$2,720.65                 |
|                      |              | Coaseguro    5 %                        |

| Observaciones   |  |
|---|--|
| CARTA PARA HOSPITAL. PADECIMIENTO CUBIERTO. APLICA SIN DEDUCIBLE. APLICA COASEGURO HOSPITALARIO (5%), APLICA COASEGURO MEDICO (\$ 2,720.65 MN) , ESTE REFLEJADO EN EL RUBRO DE DEDUCIBLE.CARTA INVALIDA SI PRESENTA TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS, CARTA VALIDA A PARTIR DEL 05/03/2026,HASTA EL 01/04/2026. TOPE DE COASEGURO ES DE \$30,000 MN. |  |
| Lugar y fecha   | Ciudad de México a 05 de Marzo de 2026 |

