

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: 20 de DICIEMBRE del 2025

HSP - 381

Sinistro: **COMPLEMENTO**

Hospital: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Nro. Sinistro: 14449 / 2025

Habitacion: **PD** Fecha Ingreso: **18/12/2025** Hora Ingreso: **15:00**

Movimiento: 2.1

Paciente: BAÑOS AYALA LINDA PAMELA

LINDA PAMELA

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha Nacimiento: 22/07/1991 Edad: 34 Tels.: CASA: .. - ..., CEL.: .. - ...

L.: .. -

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

Municipio: **CUAUHTÉMOC**

Certificado: 7837 Vigencia: 01/04/2025 - 31/12/2025

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

Internamiento: **ENFERMEDAD**

Titular: BAÑOS AYALA LINDA PAMELA

LINDA PAMELA

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Parentesco: **TITULAR FEMENINO** Fecha Alta: **01/04/2025** Fecha Antiquedad: **16/01/2022**

Fecha Antiquedad: 16/01/2022

Clave	Descripción
-------	-------------

Tiempo de Evolucion

Diagnostico(s) (CIE10):	K44.0	HERNIA DIAFRAGMÁTICA CON OBSTRUCCIÓN, SIN GANGRENA	1	DIA(S)
-------------------------	-------	--	---	--------

1 DIA(S)

Clave	Descripción
-------	-------------

Clave	Descripción
43235	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, DUDOENO Y/O YEYUNO (PANENDOSCOPIA).

Medico Tratante: **Mario Alberto Velazquez Santiago.**

Red: **No** Negociacion: **Si**

Dictamen: **PROCEDE**

Moneda : PESOS

Deducible: 0.00 % Coaseguro:

Observaciones : Se autoriza suma para alta
No aplica deducible ni coaseguro
Medico no red se ajusta a tabulador, diferencias a cargo de asegurado
No se cubriran gastos personales sni los no relacionados al evento autorizado.
El monto autorizado (suma asegurada) 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 dias 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 compañia se reserva el derecho a retirar esta autorizacion en caso de practicarse algun tratamiento o cirujia adicional No autorizada durante el internamiento hospitalario.

YURIDIA SIBONEY HERNANDEZ TOVAR

Nombre y Firma
Medico Dictaminador

Nombre y Firma
Caja Hospital

Nombre y Firma
Paciente / Familiar

Nombre y Firma
Caja de Medicos

BLVD. MANUEL AVILA CAMACHO Nro. 164 LOMAS DE BARRILACO 11010 CIUDAD DE MÉXICO (55) 5201 3000 01-800-11-11-200 AMS950419EG4