

Carta Pase de Admisión



Proveedor

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Presente

Folio de trámite: IH0089424219175 Sinistro: 2025/19175 ID: 509167 Fecha de expedición: 06/01/2026

Datos del asegurado

Asegurado afectado DORA LARA USCANGA  
Edad 29 Género F Asegurado Titular DORA LARA USCANGA  
Ramo 35000 Póliza 5035 Certificado 9024  
Contratante INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC  
Fecha de alta en póliza 16/09/2025 Vigencia de la póliza 28/02/2025 al 28/02/2026

Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario 06/01/2026 Tipo de ingreso COMPLEMENTO Tipo de atención ACCIDENTE  
Diagnóstico (ICD10) OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA Clave M23.6  
Tratamiento (CPT4) Clave  
Médico tratante MEDICO NO RED ¿Es médico de Red? Red ¿Acepta convenio?

Datos de trámite

Deducible 00.00 Coaseguro Hosp. 0.00 Coaseguro H. Médicos 0.00  
Tope de Coaseguro NO Valor 0.00  
Suma Asegurada autorizada para hospital 480,000.00 Cantidad en letra CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS 0/100 M.N.

La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

Conceptos y Importe

Observaciones

Esta carta sustituye a la carta: 504675  
1. CARTA CUBRE GASTOS POR EVENTO DE PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO DE DONADOR + MENISCOPLASTIA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL + CONDROPLASTIA POR ABLASION PATELOFEMORAL  
2. SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO DE ACUERDO CON ENDOSO  
3. EN CASO DE REALIZARSE UN PROCEDIMIENTO DIFERENTE O INGRESAR A HOSPITAL DIFERENTE AL AUTORIZADO ESTA CARTA QUEDARÁ ANULADA. NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES, NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.  
4. CARTA VALIDA DURANTE 30 DIAS A PARTIR DE SU EXPEDICION  
\*\* AL NO EMPLEAR DE MANERA INTEGRAL LAS PRESENTES CARTAS DE AUTORIZACIÓN PARA EL EVENTO DE PAGO DIRECTO; SE DEBE CONSIDERAR QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SE FORMULE EN EL FUTURO POR ESTE SINIESTRO AUTORIZADO, ESTARÁ SUJETA A LAS CONDICIONES DE REEMBOLSO, CON LO CUAL SE SUSPENDEN Y/O RESTRINGEN LOS BENEFICIOS VIGENTES OTORGADOS EN LAS MISMAS\*\*

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.  
Estimado proveedor le informamos que cuenta con 60 días naturales a partir que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de los pagos ve a: [www.zurich.com.mx/PortalAgentes/index](http://www.zurich.com.mx/PortalAgentes/index)  
Para cualquier duda sobre el proceso de alta comuníquese a nuestro CAZ 8284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.  
Gastos no Cubiertos, Conceptos a cargo del Asegurado (Deducible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en exceso o diferencia de honorarios. La compañía se reserva el derecho de retirar esta autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Asegurado (a) en el Hospital; Notificar ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: QMS960029PU4  
Al imprimir sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)  
- Altamente confidencial  
- Aviso confidencial: Al imprimir en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contemplado en el Aviso de Privacidad de Zurich Seguros en México.



# Carta Pase de Admisión



## Datos de identificación

MEDICO NO RED

Presente

Folio de trámite:

EP00885431289867

Siniestro:

2025/19175

ID:

504671

Fecha de expedición:

08/12/2025

## Datos del asegurado

Asegurado afectado

DORA LARA USCANGA

Edad

29

Género

F

Asegurado Titular

DORA LARA USCANGA

Ramo

35000

Póliza

5035

Certificado

9024

Contratante

INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC

Fecha de alta en póliza

16/09/2025

Vigencia de la póliza

28/02/2025

al

28/02/2026

## Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario

08/12/2025

Tipo de ingreso

COMPLEMENTO

Tipo de atención

ACCIDENTE

Diagnóstico (ICD10)

OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA

Clave

M23.6

Tratamiento (CPT4)

Clave

Médico tratante

MEDICO NO RED

¿Es médico de Red?

Red

¿Acepta convenio?

## Datos de trámite

Deducible

00.00

Coaseguro Hosp.

0.00

Coaseguro H. Médicos

0.00

Tope de Coaseguro

NO

Valor

0.00

Suma Asegurada autorizada para hospital

0.00

Cantidad en letra

La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

## Conceptos cubiertos

MEDICO

Importe

32,000.00

## Observaciones

- PROCEDE AUTORIZACIÓN PARA HONORARIOS MÉDICOS DEL DR/A PARA PROCEDIMIENTO DE PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO DE DONADOR + MENISCOPLASTIA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL + CONDROPLASTIA POR ABLASION PATELOFEMORAL
- EN CASO DE REALIZAR ALGÚN OTRO PROCEDIMIENTO DIFERENTE AL AUTORIZADO, LA CARTA QUEDARA ANULADA.

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición o hasta el fin de la vigencia de la misma.

Estimado proveedor le informamos que cuenta con 60 días naturales a partir que se hayan cobrado los servicios a nuestro asegurado por hacer el cobro del monto autorizado por los mismos. Para iniciar la gestión de sus pagos ve al: [www.zurich.com.mx/seguros/quejese/index](http://www.zurich.com.mx/seguros/quejese/index)

Para cualquier duda sobre el proceso de este comprobante a nuestro CAZ 5284 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Gastos no Cubiertos: Conceptos a cargo del Asegurado (Deductible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Prehospitalarios, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en excedentes o diferencia de honorarios. Le comunicamos que la autorización en caso de practicarse algún tratamiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Asegurado (a) en el Hospital, Network Ingreso Hospitalario, en caso de que se supiera la Suma Asegurada autorizada informará al Centro de Atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturar a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. R.F.C. QMSD50023PM.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrarse en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

- Atención confidencial

- Aviso confidencial: Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo está en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5, Col. Lomas de Solís, Neotabern de Juárez, Estado de México C.P. 53180.

Blue

Zurich México

# Carta Pase de Admisión



Proveedor

MEDICO NO RED

Presente

Folio de trámite:

EP00885431289867

Siniestro:

2025/19175

ID:

504672

Fecha de expedición:

08/12/2025

## Datos del asegurado

Asegurado afectado

DORA LARA USCANGA

Edad

29

Género

F

Asegurado Titular

DORA LARA USCANGA

Ramo

35000

Póliza

5035

Certificado

9024

Contratante

INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC

Fecha de alta en póliza

16/09/2025

Vigencia de la póliza

28/02/2025

al

28/02/2026

## Datos de hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario

08/12/2025

Tipo de ingreso

COMPLEMENTO

Tipo de atención

ACCIDENTE

Diagnóstico (ICD10)

OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA

Clave

M23.6

Tratamiento (CPT4)

Clave

Médico tratante

MEDICO NO RED

¿Es médico de Red?  
Red

¿Acepta convenio?

## Datos de trámite

Deducible

00.00

Coaseguro Hosp.

0.00

Coaseguro H. Médicos

0.00

Tope de Coaseguro

NO

Valor

0.00

Suma Asegurada autorizada para hospital

0.00

Cantidad en letra

La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

## Servicio

Importe

MEDICO

9,600.00

## Observaciones

HONORARIOS ANESTESIOLOGO

Esta carta tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de expedición e hasta el fin de la vigencia de la misma.

El mismo proveedor le informará los honorarios que cubra con 60 días naturales a partir que se hayan otorgado los servicios a nuestro asegurado por hacer al cobro del mismo autorizado por los mismos. Para hacer la gestión de los pagos se ac:

www.zurich.com.mx/PortalSeguros/Indice

Para cualquier duda sobre el proceso de alta comuníquese a nuestro CAZ 0204 - 1010 desde la Ciudad de México y Zona Metropolitana o al 01 800 011 5900 desde el resto de la República Mexicana.

Gastos no Cubiertos: Conceptos a cargo del Asegurado (Deductible, Coaseguro y Coaseguro de Honorarios Médicos), Gastos Personales, Gastos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Póliza, Honorarios Médicos en ausencia o presencia de honorarios. Le comunicamos que no se permite el cobro de honorarios médicos en caso de practicarse algún procedimiento o cirugía adicional no autorizada durante la estancia del Asegurado (a) en el Hospital. Notificar Ingreso Hospitalario, en caso de que se supere la Suma Asegurada autorizada informar de inmediato al Centro de Atención Zurich (CAZ) 01 800 011 59 00. Facturas a Nombre de ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. RFC: CA8906028PLM.

Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar al mismo, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

-Asistencia confidencial

-Aviso confidencial: "Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio proporcionado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V. Torre Parque Central, Torre 6, Piso 20 Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5, Col. Lomas de Solís, Neopolis de Juárez, Estado de México C.P. 53380.

*Blue*

Zurich México

Carta Pase de Admisión

Datos de Procedimiento

MEDICO NO RED

Presente

Folio de trámite: EP00885431289867 Sinistro: 2025/19175 ID: 504673 Fecha de expedición: 08/12/2025

Datos del Asegurado

Asegurado afectado DORA LARA USCANGA  
Edad 29 Género F Asegurado Titular DORA LARA USCANGA  
Ramo 35000 Póliza 5035 Certificado 9024  
Contratante INSTITUTO ANGLO MEXICANO DE CULTURA AC  
Fecha de alta en póliza 16/09/2025 Vigencia de la póliza 28/02/2025 al 28/02/2026

Datos de Hospitalización

Fecha de ingreso hospitalario 08/12/2025 Tipo de ingreso COMPLEMENTO Tipo de atención ACCIDENTE  
Diagnóstico (ICD10) OTRA RUPTURA ESPONTÁNEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA Clave M23.6  
Tratamiento (CPT4) Clave  
Médico tratante MEDICO NO RED ¿Es médico de Red? Red ¿Acepta convenio?

Datos de Cobertura

Deducible 00.00 Coaseguro Hosp. 0.00 Coaseguro H. Médicos 0.00  
Tope de Coaseguro Valor 0.00  
Suma Asegurada autorizada para hospital Cantidad en letra 0.00

La póliza cubre por este evento los siguientes conceptos

	Importe
MEDICO	6,400.00

Observaciones

HONORARIOS 1ER AYUDANTE

Blue

Zurich México

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA607

Episodio:1501277018

Paciente: DORA LARA USCANGA

Fecha de Ingreso: 04.01.2026

Hora de Ingreso: 22:29:00

Fecha de Egreso : 06.01.2026

Hora de Egreso : 09:33:00

Página: 1 de 2

Fecha: 06.01.2026 Hora: 12:35:32

Compañía: Paciente particular

Médico: CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
04.01.2026	2000081818	TERMOMETRO CUARZO LIQUIDO S/C C50	1	88.94	0.00	88.94	14.23	103.17	103.17	22:59	SOAPUSER
05.01.2026	ADM-100043	USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	1	95.25	0.00	95.25	15.24	110.49	213.66	11:08	HALUGO
05.01.2026	2000246255	MEMORIA USB 64GB KINGSTON C/LOGO DIMX	1	313.65	0.00	313.65	50.18	363.83	577.49	13:38	HALUGO

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	497.84
Descuentos:	0.00
Sub-total:	497.84
IVA(16,00%):	79.65
Total de Cargos:	577.49
Deducible:	0.00
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	577.49

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA607

Episodio:1501277018

Paciente: DORA LARA USCANGA

Fecha de Ingreso: 04.01.2026

Hora de Ingreso: 22:29:00

Fecha de Egreso : 06.01.2026

Hora de Egreso : 09:33:00

Página: 5 de 5

Fecha: 06.01.2026 Hora: 12:36:15

Compañía: ZURICH ASEGURADORA MEXICANA

Médico: CARLOS EDUARDO URIBE SALOMA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	4,522.73
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	57,899.71
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	349.63
CARGOS CIRUGÍA	11,909.05
CARGOS INSUMOS	370,003.24
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	2,129.31
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	10,015.27
DESCUENTO ADMISIÓN	452.27-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	5,789.96-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	34.96-
DESCUENTO CIRUGÍA	1,190.91-
DESCUENTO INSUMOS	37,000.32-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	212.93-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	1,001.51-
Importe:	456,828.94
Descuentos:	45,682.86-
Sub-total:	411,146.08
IVA (16,00%) :	65,783.37
Total de Cargos:	476,929.45
Deducible:	0.00
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	476,929.45