

Carta de Autorización

No. Autorización: 3821451
Incidente: 4681372

Datos de la hospitalización

Nombre del Paciente:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO	Fecha y Hora de Ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1278430
Médico Tratante:	ERANDENI ITZEL FERNANDEZ SILVA	Folio:	PO01GMEPNA25D1404K

Datos de la Póliza

Número de Póliza:	GM0000493944	Vigencia de Póliza hasta:	30/12/2025
Contratante:	NATALIA HERNANDEZ SAMANO		

Asegurado Titular

NATALIA HERNANDEZ SAMANO		
Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis	

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$37,766.00	Cirujano. Hiatoplastia laparoscópica.

Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$75,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00
Deducible Anual:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos quedan 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 óseos 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.
- 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: 20-11-2025

Indemnización Gastos Médicos	Paciente o Familiar	Recepción Hospitalaria
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma