

Carta de Autorización

No. Autorización: 3830745

Incidente: 4696953

Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	DIEGO URIEL JARAMILLO LUNA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1277884
Médico tratante:		Folio:	CC23GMEPNA25D27032

Datos de la Póliza

Número de póliza:	GM0000672310	Vigencia de póliza:	3/10/26
Contratante	DIEGO URIEL JARAMILLO LUNA		

Asegurado titular

DIEGO URIEL JARAMILLO LUNA		
Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Traumatismo del tendón del manguito rotatorio del hombro	Se autoriza la cirugía con el proveedor de insumos quirúrgicos ORTHOPEDICS HADAR En caso de presentarse un cambio de proveedor, se cubrirán los conceptos de renta, implantes y consumibles conforme al costo promedio previamente autorizado, sin exceder los montos establecidos.

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$100,000.00	Hospital. Artroscopia de hombro derecho + plastia del labrum glenoideo y fijacion de fragmento oseo de glenoides con anclas + capsulodesis posterior con anclas artroscopicas (remplissage posterior de hombro)

Pagos del asegurado

Copago:	\$16,500.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$0.00
Participación de honorarios médicos:	\$5,224.25

Solo se cubren las 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 óseos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior cono 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: 10-12-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



SEGUROS
MONTERREY