



reinventando / los seguros

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ACCIDENTE PAGO DIRECTO

Sábado, 27 de Diciembre de 2025

Atención: LG2580948A  
Dictamen: 00001

Folio: LG2580948A  
Siniestro: 000000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **SANCHEZ MOSQUEDA CLAUDIA PATRICIA** bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino

**Fecha de Nacimiento:** 1971/07/11

**Edad:** 54

**Habitacion:**

**Fecha de Ingreso:** 2025/12/27

**Póliza:** FK02343A

**Vigencia Póliza:** 2026/02/01

**Certificado:** 53

**Subgrupo:** 01

**Contratante:** COMPAÑIA DE SERVICIOS URBANOS DEL CENTRO

**Titular:** MARTINEZ GARCIA JUAN JOSE

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** CONTUSION DE LA RODILLA

**Procedimiento:** ATENCION MEDICA HOSPITALARIA (POR DIA, INDEPENDIENTE DEL NUMERO DE VISITAS) DEL DIA 1 AL 5

**Médico Tratante:** ARAIZA CONTRERAS ALLAN

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

**Monto Autorizado al Prestador:** \$ 30,000.00

### Cargos a cuenta del asegurado

Deducible**	\$ 0.00	Coaseguro**	0.00%
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$ 0.00		
Coaseguro Proveedor:	\$ 0.00		
Aplicar por el hospital:	\$ 0.00		
Gastos no cubiertos por la póliza*			

**Observaciones:** SE CUBRE COMO HOSPITALIZACION DED:0 COA:0, HONORARIOS MEDICOS CUBIERTOS, NO SE CUBREN GATSOS MEDICOS NO RELACIONADOS. NO SE CUBREN GASTOS POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

Firma del Prestador

Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.