

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P.14060, Ciudad de México

**DATOS DEL PROVEEDOR**
**Nombre:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

**Dirección:** DURANGO NUM EXT. 50, ROMA NORTE, , 06700

**Teléfono:** 13960284

**Extensión:**
**DATOS DE LA PÓLIZA**
**Contratante:** RADIOMOVIL DIPSA, S.A. DE C.V.

**Titular:** JAIRO DANIEL PALACIOS ARAGON

**Afectado:** NATALY SOFIA PALACIOS ALMANZA

**Cobertura:**
**Ramo:** FAMILIAR

**Folio:** 37101 3227593

**Póliza:** 26101 41343

**CIS:** 487351

**Siniestro No.:** 37200 3070788

**Moneda:** NACIONAL

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
**Diagnóstico (ICD10):** K21X ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO

**Tratamiento (CPT4):** 43239 ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO

**Tratamiento (CPT4):** 43239 ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO CON BIOPSIA MÚLTIPLE

**Tratamiento (CPT4):** 91033 PRUEBA DE REFLUJO ACIDO, CON ELECTRODO DE PH INTRALUMINAL

**SERVICIO**

Favor de proporcionar los servicios indicados en la presente al asegurado afectado, previa identificación de su persona, estos serán pagados directamente por Seguros Inbursa, S.A, Grupo Financiero Inbursa.

Si durante la estancia del asegurado resulta que su padecimiento no está cubierto y/o se practicará algún tratamiento o cirugía adicional no autorizados, los gastos derivados no se serán cubiertos y por lo tanto estarán a cargo del asegurado, por lo que la presente autorización quedará sin efecto.

**Suma asegurada disponible:** 56,000.00

**Deductible:** 0.00

**Coaseguro:** 0.00 %

**SERVICIOS CUBIERTOS POR SEGUROS INBURSA**

<b>Concepto</b>	<b>Prestador</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Importe</b>
HONANEST	DR. CARLOS LEYTO A. (ANEST. PANEBDOSCOPIA)		2,116.89
HONQUIRU	DRA. ANIRA LIZBETH CASTRO ZARATE (PANENDOS)		7,056.00
HOSPITAL	CLÍNICA LONDRES		56,000.00
MEDTRATA	DRA. ANIRA LIZBETH CASTRO Z. (PBA REFLUJ AC.)		8,600.00
MEDURGEN	DRA. ANIRA LIZBETH CASTRO ZARATE		1,200.00

**OBSERVACIONES**

DIFERENCIA DE HONORARIOS MÉDICOS NO REEMBOLSABLE

**Nombre del médico que autoriza:**

NADIA LIZET REYES REYES

**Lugar y fecha de emisión:**

Ciudad de México, 30 de Diciembre del 2025

**Firma del médico que autoriza**
**Firma de recibo**

El presente documento perderá validez 15 días naturales posteriores a la fecha de emisión del mismo.

 Los Asegurados podrán consultar el aviso de privacidad, condiciones generales y demás documentos de este seguro a través del Contratante o en [www.inbursa.com](http://www.inbursa.com)