

México, Ciudad de México, a 11 de Enero de 2026  
20:10 hrs.

A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Apreciable Asegurado: JOSE ISMAEL MARTINEZ PEREZ

Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores 718618RH6:

## DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO

<b>Asegurado:</b>	<b>Código del asegurado / Certificado:</b>
JOSE ISMAEL MARTINEZ PEREZ	1973286B
<b>Contratante:</b>	<b>Número de reclamación:</b>
BANK OF AMERICA MEXICO, S.A. INSTITUCION DE BANCA	2026-01C00833 - 2
<b>Póliza:</b>	<b>Número de folio:</b>
37-450242	718618RH6
<b>Plan:</b>	<b>Número de transacción:</b>
PREMIER 100 NOVUS MM COL.	SIGRHO260111000102

## DATOS DEL PADECIMIENTO

<b>Hospital:</b>	<b>Fecha de ingreso:</b>
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	11/01/2026
<b>Médico tratante:</b>	<b>Médico corresponde a tabulador contratado:</b>
SINUHE PEREZ NAZAR	NO
<b>Diagnóstico:</b>	<b>Presupuesto autorizado:</b>
TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	\$44,000.00

El presupuesto autorizado sólo representa una referencia, en caso de que se supere, informar de inmediato a GNP.

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

### GASTOS CUBIERTOS POR GNP

Concepto	Descripción	Proveedor Médico	Monto autorizado
INTERCONSULTAS	CONSULTA HOSPITALARIA POR DIA (PRIMER DIA).	SINUHE PEREZ NAZAR (NEUROCIRUGIA)	\$3,920.00
INTERCONSULTAS	CONSULTA HOSPITALARIA POR DIA (SUBSECUENTES).	SINUHE PEREZ NAZAR (NEUROCIRUGIA)	\$3,150.00

### GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$ .00
Coaseguro honorarios médicos:	\$0.00
Coaseguro gastos de hospital:	0%
Coaseguro por nivel de atención:	
Participación adicional del asegurado:	0%
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	0%
Participación por padecimiento no cubierto:	
Participación por Código de Beneficio:	
Tope coaseguro:	\$30,000.00
Remanente coaseguro:	\$30,000.00

**Gastos personales:** Gastos a cargo del asegurado/participante por la diferencia de costo de la habitación de nivel superior a lo autorizado, así como la diferencia de honorarios médicos.

### OBSERVACIONES AL PACIENTE Y/O ASEGURADO:

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

**LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CASO DE PRACTICARSE ALGÚN TRATAMIENTO O CIRUGÍA ADICIONAL NO AUTORIZADO POR GNP SEGUROS Y/O SE ENCUENTRE INFORMACIÓN DIFERENTE A LA PRESENTADA DURANTE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN EL HOSPITAL.**

**Recuerde que el pago directo procede únicamente si el monto final de su cuenta hospitalaria sin considerar los honorarios médicos, supera la suma de deducible y coaseguros indicados en la presente carta.**

**La fecha compromiso sólo contempla la respuesta a su solicitud a GNP Seguros, no el tiempo de entrega del medicamento o insumo solicitado, en caso de proceder la solicitud uno de nuestros proveedores se pondrá en contacto con usted para agendar la misma.**

**Favor de solicitar identificación oficial al portador.**

Atentamente,

GNP Seguros

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

En cumplimiento a las disposiciones legales relacionadas con la Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP), hace de su conocimiento que los datos personales, patrimoniales y sensibles, que en su caso proporcione, se tratarán de conformidad con el Aviso de Privacidad, disponible en la página de Internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.