

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES

Domingo, 25 de Enero de 2026

**Atención:** LG2605076A  
**Dictamen:** 00002

**Folio:** LG2605076A  
**Siniestro:** 00000000000

**Estatus:** Improcedente

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

Por medio de la presente hacemos de su conocimiento que la solicitud de cobertura no procede debido a que:

**Observaciones:** ESTIMADO ASEGURADO: ☐ ☐ Se genera carta de no procedencia ya que con base a las condiciones de su poliza, no se cuenta con pago directo para el hospital, por lo cual se gasto no se encontraría cubierto.

En caso de tener alguna duda estamos a sus órdenes en el D.F. al 51-69-30-10.  
Y en el interior de la república al 01800-624-9345.

**Paciente:** MARTINEZ RICO PAMELA VALERIA  
**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1994/01/06

**Edad:** 32  
**Fecha de Ingreso:** 2026/01/23  
**Habitación:**

**Póliza:** FK01032B  
**Pagada:** SI  
**Contratante:** CAFE SIRENA, S.A DE C.V.

**Certificado:** 6071502

**Subgrupo:** 12  
**Vence el:** 2026/04/28

**Diagnóstico o Sintomatología:** ESGUINCES Y TORCEDURA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

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

\*LG2605076ALG2605076A00002\*

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar