reinventando / los seguros

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD
GASTOS MEDICOS MAYORES
ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Jueves, 22 de Enero de 2026

Atención: LG2601479A **Folio:** 000000001S
Dictamen: 00001 **Siniestro:** 26010101335

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MERLAN RUELAS BERNARDINA**
bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los sintomas y/o diagnósticos declarados.

Sexo: Femenino
Fecha de Nacimiento: 1962/04/16

Edad: 63
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/01/22

Póliza: FW97955C
Vigencia Póliza: 2026/07/01
Contratante: NUEVA WAL MART DE MEXICO S DE RL DE CV
Titular: LOYOLA AVILES LEOPOLDO

Certificado: 2460393
Subgrupo: 01

Pagada: NO

Diagnóstico o Sintomatología (simple): HERNIA UMBILICAL

Procedimiento: CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, MENOS DE LOS 6 MESES DE EDAD, CON O SIN H IDROCELECTOMÍA -- REDUCIBLE

Médico Tratante: AGUILAR LOPEZ ALBERTO ARTURO **Tipo:** RED

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

Monto Autorizado al Prestador: $ 80,000.00

Cargos a cuenta del asegurado
Deducible** **$** 2,063.67

Coaseguro** 10.00%

Coaseguro Honorarios Médicos: **$** 0.00
Coaseguro Proveedor: **$** 0.00
Aplicar por el hospital: **$** 2,063.67
Gastos no cubiertos por la póliza*

Observaciones: ***Su procedimiento se encuentra autorizado para realizarse mediante cirugía ambulatoria (corta estancia). Si fuera necesario alargar la hospitalización, su médico tratante deberá justificar médicamente las razones y dar aviso a AXA durante la hospitalización, a través del proveedor hospitalario, previo al alta médica.***□□Carta válida para:□□-□Plastia de pared (paraumbilical) con colocación de malla□□□Tope de coaseguro $51,591.9 MN□En caso de realizar procedimiento distinto esta carta perderá validez automáticamente. □Honorarios médicos cubiertos. □No se cubren gastos personales y/o medicamentos de salida. □La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.□□

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.

2026/01/29 09:25:42