

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Domingo, 08 de Febrero de 2026

Atención: LG2608378A **Folio:** LG2608378A
Dictamen: 00002 **Siniestro:** 00000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **PILOTZI XAHUENTITLA MARIO** 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: Masculino
Fecha de Nacimiento: 1968/05/01

Edad: 57
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/02/06

Póliza: FW97955C
Vigencia Póliza: 2026/07/01
Contratante: NUEVA WAL MART DE MEXICO S DE RL DE CV
Titular: PILOTZI XAHUENTITLA MARIO

Certificado: 5197606
Subgrupo: 01

Pagada: NO

Diagnóstico o Sintomatología (simple): ULCERA GASTRICA

Procedimiento: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODE NO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA -- CON ESCLEROSIS, MEDIANTE INYECC

Médico Tratante: GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN

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: \$ 150,000.00

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible** \$ 2,139.73

Coaseguro** 10.00%

Coaseguro Honorarios Médicos: \$ 0.00

Coaseguro Proveedor: \$ 0.00

Aplicar por el hospital: \$ 2,139.73

Gastos no cubiertos por la póliza*

Observaciones: AUTORIZACIÓN PROCEDENTE COMO ENFERMEDAD, APLICA DEDUCIBLE 2,139.73 MXN, COASEGURO 10% CON TOPE DE 53,493.30 MXN, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS.

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.

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Martes, 10 de Febrero de 2026

Atención: LG2608378A **Folio:** LG2608378A
Dictamen: 00003 **Siniestro:** 00000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **PILOTZI XAHUENTITLA MARIO** 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: Masculino
Fecha de Nacimiento: 1968/05/01

Edad: 57
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/02/06

Póliza: FW97955C
Vigencia Póliza: 2026/07/01
Contratante: NUEVA WAL MART DE MEXICO S DE RL DE CV
Titular: PILOTZI XAHUENTITLA MARIO

Certificado: 5197606
Subgrupo: 01

Pagada: NO

Diagnóstico o Sintomatología (simple): ULCERA GASTRICA

Procedimiento: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODE NO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA -- CON ESCLEROSIS, MEDIANTE INYECC

Médico Tratante: GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN

Tipo: RED

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

Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
MEDICO TRATANTE	GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN	RED	7,440.00

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: HM DR ADRIAN GARCIA GARMA MARTINEZ /CG TRATANTE □ POR ATENCION MÉDICA EN URGENCIAS Y VISITA DIARIA □ DEL 05 AL 10 FEBRERO 2026

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.

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Martes, 10 de Febrero de 2026

Atención: LG2608378A **Folio:** LG2608378A
Dictamen: 00004 **Siniestro:** 00000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **PILOTZI XAHUENTITLA MARIO** 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: Masculino
Fecha de Nacimiento: 1968/05/01

Edad: 57
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/02/06

Póliza: FW97955C
Vigencia Póliza: 2026/07/01
Contratante: NUEVA WAL MART DE MEXICO S DE RL DE CV
Titular: PILOTZI XAHUENTITLA MARIO

Certificado: 5197606
Subgrupo: 01

Pagada: NO

Diagnóstico o Sintomatología (simple): ULCERA GASTRICA

Procedimiento: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODE NO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA -- CON ESCLEROSIS, MEDIANTE INYECC

Médico Tratante: GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN

Tipo: RED

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

Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
CIRUJANO	OLAVIDE AGUILAR RAMON	NO RED	9,290.41
MEDICO TRATANTE	OLAVIDE AGUILAR RAMON	NO RED	1,272.00

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: HM DR RAMON OLAVIDE AGUILAR □ POR IC + PANENDOSCOPIA 6 FEBRERO

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.

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Martes, 10 de Febrero de 2026

Atención: LG2608378A **Folio:** LG2608378A
Dictamen: 00005 **Siniestro:** 00000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **PILOTZI XAHUENTITLA MARIO** 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: Masculino
Fecha de Nacimiento: 1968/05/01

Edad: 57
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/02/06

Póliza: FW97955C
Vigencia Póliza: 2026/07/01
Contratante: NUEVA WAL MART DE MEXICO S DE RL DE CV
Titular: PILOTZI XAHUENTITLA MARIO

Certificado: 5197606
Subgrupo: 01

Pagada: NO

Diagnóstico o Sintomatología (simple): ULCERA GASTRICA

Procedimiento: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODE NO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA -- CON ESCLEROSIS, MEDIANTE INYECC

Médico Tratante: GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN

Tipo: RED

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

Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
ANESTESIOLOGO	MEDICO NO LOCALIZABLE	NÓ RED	2,787.12

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: 888 ANESTESIOLOGO Carta valida al envio del nombre completo del medico y cedula profesional

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.