

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Miércoles, 11 de Febrero de 2026

Atención: LG2609297A **Folio:** LG2609297A
Dictamen: 00003 **Siniestro:** 00000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MENDOZA CHAGALA ISAIAS** 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: 1997/05/03

Edad: 28
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/02/10

Póliza: FW97955C
Vigencia Póliza: 2026/07/01
Contratante: NUEVA WAL MART DE MEXICO S DE RL DE CV
Titular: MENDOZA CHAGALA ISAIAS

Certificado: 7176294
Subgrupo: 01

Pagada: NO

Diagnóstico o Sintomatología (simple): DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Procedimiento: VISITA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE, QUE REQUIERE ESTOS TRES COMPONENTES CLAVE: NUNA HISTORIA MÉDICA ENFO

Médico Tratante: RAMIREZ MARIN JORGE YOLIK

Tipo: NO RED

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

Monto Autorizado al Prestador: \$ 60,000.00

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: SE CUBRE COMO HSOPITALIZACION CON DED:\$2,139.73 COa:10%, HONORARIOS MEDICOS CUBEIRTOS POR AJUSTE PREVIO, NO SE CUBREN GASTOS MEDICOS NO RELACIONADOS.

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.