

México, Ciudad de México, a 21 de Febrero de 2026
14:10 hrs.

A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Apreciable Asegurado: RUBEN TRUJILLO TECUA

Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores 1668065PC6:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO

Asegurado:	Código del asegurado / Certificado:
RUBEN TRUJILLO TECUA	0051730A
Contratante:	Número de reclamación:
PRAXAIR MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.	2026-02C01093 - 4
Póliza:	Número de folio:
12-453810	1668065PC6
Plan:	Número de transacción:
PREMIER 100 OMNIA MM COL.	SIGPRC260212000881

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:	Fecha planeada de ingreso:
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	17/02/2026
Médico tratante:	Médico corresponde a tabulador contratado:
ALBERTO CARLOS CERVANTES ORDOEZ	SI
Diagnóstico:	Presupuesto autorizado:
OTRO TRASTORNO DE ARTICULACION NCC-HOMBRO	\$243,000.00

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
CIRUJANO	ARTROSCOPIA HOMBRO QUIRURGICA; CON EXTIRPACION DEL CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRANO.	ALBERTO CARLOS CERVANTES ORDOEZ ()	\$23,150.00
PRIMER AYUDANTE	ARTROSCOPIA HOMBRO QUIRURGICA; CON EXTIRPACION DEL CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRANO.		\$4,630.00
ANESTESIOLOGO	ARTROSCOPIA HOMBRO QUIRURGICA; CON EXTIRPACION DEL CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRANO.		\$6,945.00
SEGUNDO AYUDANTE	ARTROSCOPIA HOMBRO QUIRURGICA; CON EXTIRPACION DEL CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRANO.		\$2,315.00

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 adicional 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:

SE CUBRE LO RELACIONADO A PADECIMIENTO ACTUAL A PARTIR DEL DIA DE INGRESO. SE AUTORIZA PAGO DIRECTO CON DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS

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 o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.