

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Martes, 17 de Febrero de 2026

**Atención:** LG2602494A      **Folio:** 000000001S  
**Dictamen:** 00001      **Siniestro:** 26015200108

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **TELLEZ GALLEGOS FERNANDO** 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:** 1995/03/24

**Edad:** 30  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2026/02/17

**Póliza:** FW86076D  
**Vigencia Póliza:** 2026/01/01  
**Contratante:** PROPIMEX, S. DE R.L. DE C.V.  
**Titular:** TELLEZ GALLEGOS FERNANDO

**Certificado:** 5358960  
**Subgrupo:** 01

**Pagada:** NO

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

**Procedimiento:** CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, MENOS DE LOS 6 MESES DE EDAD, CON O SIN HIDROCELECTOMÍA -- 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:** \$ 130,000.00

### Cargos a cuenta del asegurado

**Deducible\*\*** \$ 11,768.53

**Coaseguro\*\*** 10.00%

**Coaseguro Honorarios Médicos:** \$ 2,237.90

**Coaseguro Proveedor:** \$ 0.00

**Aplicar por el hospital:** \$ 14,006.43

**Gastos no cubiertos por la póliza\***

**Observaciones:** La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.  Nos permitimos informarle que en respuesta a su solicitud se autoriza:   -  Plastia inguinal derecha laparoscópica con colocación de malla.   Tope de coaseguro: 10,000.00 M.N.  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.  TABULADOR CONTRATADO POR POLIZA, NO AUTORIZA SEGUNDO AYUDANTE PARA ESTE PROCEDIMIENTO.  En caso de realizar procedimiento distinto esta carta perderá validez automáticamente.  Honorarios médicos cubiertos de acuerdo con tabulador contratado vigente.  No se cubren gastos personales y/o medicamentos de salida.  No se cubren gastos erogados por adquisición

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.