

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

Martes, 17 de Febrero de 2026

**Atención:** LG2602494A      **Folio:** 000000001S  
**Dictamen:** 00003      **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:** HERNIOPLASTIA CON O SIN HIDROCELECTOMIA; 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.

### Equipo Médico

| Rol           | Nombre                       | Tipo   | Importe  |
|---------------|------------------------------|--------|----------|
| ANESTESIOLOGO | ZENIL ACEVES CINTHIA FABIOLA | NÓ RED | 4,476.00 |

### Cargos a cuenta del asegurado

|   |    |      |                    |       |
|---|----|------|--------------------|-------|
| <b>Deducible**</b>                        | \$ | 0.00 | <b>Coaseguro**</b> | 0.00% |
| <b>Coaseguro Honorarios Médicos:</b>      | \$ | 0.00 |                    |       |
| <b>Coaseguro Proveedor:</b>               | \$ | 0.00 |                    |       |
| <b>Aplicar por el hospital:</b>           | \$ | 0.00 |                    |       |
| <b>Gastos no cubiertos por la póliza*</b> |    |      |                    |       |

**Observaciones:** ANESTESIÓLOGA □

\_\_\_\_\_  
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.