

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Domingo, 01 de Marzo de 2026

**Atención:** LG2614445A      **Folio:** LG2614445A  
**Dictamen:** 00003      **Siniestro:** 00000000000

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MONROY JIMENEZ EDMUNDO** 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:** 1985/03/19

**Edad:** 40  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2026/03/01

**Póliza:** FW55350J  
**Vigencia Póliza:** 2026/09/01  
**Contratante:** AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV  
**Titular:** MONROY JIMENEZ EDMUNDO

**Certificado:** 6471368  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** HEMORROIDES

**Procedimiento:** HEMORROIDECTOMIA INTERNA Y EXTERNA COMPLEJA O EXTENSA

**Médico Tratante:** MARTINEZ HERRERA ADRIAN

**Tipo:** NO 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	NO RED	4,904.90

### 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:** ANESTESIOLOGO.

\_\_\_\_\_  
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.