

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Domingo, 01 de Marzo de 2026

Atención: LG2614445A **Folio:** LG2614445A
Dictamen: 00002 **Siniestro:** 0000000000

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 [1]: HEMORROIDECTOMIA INTERNA Y EXTERNA COMPLEJA O EXTENSA, CON FISTULECTOMIA, CON
Procedimiento [2]: COLONOSCOPIA DERECHA FLEXIBLE CON BIOPSIA SIMPLE O MULTIPLE

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
CIRUJANO	MARTINEZ HERRERA ADRIAN	NO RED	16,349.68
MEDICO TRATANTE	MARTINEZ HERRERA ADRIAN	NO RED	1,272.00

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible**	\$	0.00	Coaseguro**	0.00%
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$	0.00		
Coaseguro Proveedor:	\$	0.00		
Aplicar por el hospital:	\$	0.00		
Gastos no cubiertos por la póliza*				

Observaciones: SE CUBRE ATENCION DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL DR MARTINEZ HERRERA ADRIAN

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.