

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

Miércoles, 25 de Febrero de 2026

**Atención:** LG2611534A      **Folio:** LG2611534A  
**Dictamen:** 00005      **Siniestro:** 26010108063

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **CRUZ CRUZ GABRIELA** 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:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1992/09/19

**Edad:** 33  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2026/02/18

**Póliza:** FW94722D  
**Vigencia Póliza:** 2027/01/01  
**Contratante:** CADENA COMERCIAL OXXO, S.A. DE C.V.  
**Titular:** MANZANO ALCANTAR JOSE ALONSO

**Certificado:** 3204022  
**Subgrupo:** 01

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (complejo):** TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCOPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO CON O SIN CULTIVO

**Procedimiento:** ATENCION MEDICA HOSPITALARIA (POR DIA, INDEPENDIENTE DEL NUMERO DE VISITAS) DEL DIA 1 AL 5

**Médico Tratante:** GOVEA PELAEZ SAMUEL

**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:** \$ 700,000.00

**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:** CARTA SOPORTE 3□

\_\_\_\_\_  
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.