

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

Domingo, 08 de Marzo de 2026

**Atención:** LG2616288A      **Folio:** LG2616288A  
**Dictamen:** 00003      **Siniestro:** 26010111459

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MONTESINOS VAZQUEZ ANGELICA MONTSERRAT** 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:** 1987/01/14

**Edad:** 39  
**Habitacion:** NR  
**Fecha de Ingreso:** 2026/03/06

**Póliza:** FW86076E  
**Vigencia Póliza:** 2027/01/01  
**Contratante:** PROPIMEX, S. DE R.L. DE C.V.  
**Titular:** MONTESINOS VAZQUEZ ANGELICA MONTSERRAT

**Certificado:** 1009662  
**Subgrupo:** 01

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS

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

**Médico Tratante:** MEDICO NO LOCALIZABLE

**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	NÓ RED	2,310.71

### 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:** ANESTESIÓLOGO

\_\_\_\_\_  
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.