

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
 Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P.14060, Ciudad de México

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.
Dirección: DURANGO NUM EXT. 50, ROMA NORTE, , 06700



Teléfono: 1 **Extensión:**

DATOS DE LA PÓLIZA

Contratante: HITSS SOLUTIONS, S.A. DE C.V.
Titular: MIREYA ADDALID REYES RAMIREZ
Afectado: MIREYA ADDALID REYES RAMIREZ
Cobertura: **Ramo:** FAMILIAR **Folio:** 37100 3187327
Póliza: 11301 30006635 **CIS:** 30010381 **Siniestro No.:** 37100 3407019 **Moneda:** NACIONAL

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico (ICD10): J34X OTROS TRASTORNOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES
Tratamiento (CPT4): 30410 RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL/CADWELL LUC BIL/TURBINOPLASTIA C/
Tratamiento (CPT4): 30410 RADIOFRECUENCIA
Tratamiento (CPT4): 99261 NO SE CUBREN ESTUDIOS PREOPERATORIOS EN HOSPITAL

SERVICIO

Favor de proporcionar los servicios indicados en la presente al asegurado afectado, previa identificación de su persona, estos serán pagados directamente por Seguros Inbursa, S.A, Grupo Financiero Inbursa.
 Si durante la estancia del asegurado resulta que su padecimiento no está cubierto y/o se practicará algún tratamiento o cirugía adicional no autorizados, los gastos derivados no se serán cubiertos y por lo tanto estarán a cargo del asegurado, por lo que la presente autorización quedará sin efecto.

Suma asegurada disponible: 114,000.00 **Deducible:** 4,378.92 **Coaseguro:** 0.00 %

SERVICIOS CUBIERTOS POR SEGUROS INBURSA

Concepto	Prestador	Sesiones	Importe
HONANEST	ANESTESIOLOGO		6,450.00
HONPRIAY	PRIMER AYUDANTE		4,300.00
HONQUIRU	DR ESTRADA HERRERA ALDO		21,500.00
HOSPITAL	RED - ANGELES LONDRES		114,000.00

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR SEGUROS INBURSA

DIFERENCIA DE HABITACION PELICULAS
 GASTOS SOLICITADOS NO RELACIONADOS CON ARTICULOS DE USO PERSONAL
 GASTOS DEL ACOMPAÑANTE
 LLAMADAS DE LARGA DISTANCIA

OBSERVACIONES

DIFERENCIA DE HONORARIOS NO REEMBOLSABLE/GASTOS DE BANCO DE SANGRE, PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD DE DONADOR O POSIBLES DONADORES NO CUBIERTOS POR CONDICIONES DE POLIZA/NO SE CUBREN PROCEDIMIENTOS ESTETICOS, EN CASO DE REALIZARSE SE MODIFICARA EL DICTAMEN

Nombre del médico que autoriza:
 SANDRA MAYOB SANCHEZ ORTIZ

Lugar y fecha de emisión:
 Ciudad de México, 04 de Marzo del 2026



Firma del médico que autoriza

Firma de recibo

El presente documento perderá validez 15 días naturales posteriores a la fecha de emisión del mismo.

Los Asegurados podrán consultar el aviso de privacidad, condiciones generales y demás documentos de este seguro a través del Contratante o en www.inbursa.com