

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Miércoles, 04 de Marzo de 2026

**Atención:** LG2615641A      **Folio:** LG2615641A  
**Dictamen:** 00001      **Siniestro:** 26010111097

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **COLULA MARTINEZ DIANA ERIKA** 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:** 2003/10/28

**Edad:** 22  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2026/03/04

**Póliza:** FW55350J  
**Vigencia Póliza:** 2026/09/01  
**Contratante:** AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV  
**Titular:** COLULA MARTINEZ DIANA ERIKA

**Certificado:** 7295980  
**Subgrupo:** 01

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

**Procedimiento:** SEPTOPLASTIA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPLAZO CON INJERTO

**Médico Tratante:** INTRIAGO ALOR MARIELLE

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

**Monto Autorizado al Prestador:** \$ 150,000.00

### Cargos a cuenta del asegurado

<b>Deducible**</b>	\$ 7,132.00	<b>Coaseguro**</b>	10.00%
<b>Coaseguro Honorarios Médicos:</b>	\$ 2,197.00		
<b>Coaseguro Proveedor:</b>	\$ 0.00		
<b>Aplicar por el hospital:</b>	\$ 9,329.00		

### Gastos no cubiertos por la póliza\*

**Observaciones:** La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.  Su procedimiento se encuentra autorizado para realizarse mediante cirugía ambulatoria (corta estancia). Si fuera necesario alargar la hospitalización, su médico tratante deberá justificar médicamente las razones y dar aviso a AXA durante la hospitalización, a través del proveedor hospitalario, previo al alta médica.  Se autoriza: septoplastia funcional, turbinoplastia con radiofrecuencia endoscópica. Se excluyen gastos por rinoplastia y todo aquel considerado estético (colocación de injertos, implantes, resección de jiba).   SUMA AUTORIZADA MÁXIMA POR ENDOSO: \$89,155.5, en caso de superarse dicha suma, gastos a cargo de asegurada sin opción a reembolso.   Tope de coaseguro:  "Esta autorización está condicionada a la validación de los nombres de todo el equipo médico que participe en la atención del asegurado. Te invitamos a con

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.