



INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Jueves, 02 de Abril de 2026

Atención: LN2615013A
Dictamen: 00001

Folio: LN2615013A
Siniestro: 26025203309

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **AVENDAÑO PINEDA DANIELA** 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: 1985/09/14

Edad: 40
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/04/02

Póliza: 14213G16
Vigencia Póliza: 2026/08/13
Contratante: MARCO ANTONIO CORONEL SANCHEZ
Titular: CORONEL SANCHEZ MARCO ANTONIO

Certificado: 1
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): QUISTE FOLICULAR DEL OVARIO

Procedimiento: OOFORRECTOMÍA, PARCIAL O TOTAL, UNILATERAL O BILATERAL --

Médico Tratante: MINAURO MUÑOZ GERARDO GABRIEL

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: \$ 50,000.00

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible** \$ 19,000.00

Coaseguro** 10.00%

Coaseguro Honorarios Médicos: \$ 0.00

Coaseguro Proveedor: \$ 0.00

Aplicar por el hospital: \$ 19,000.00

Gastos no cubiertos por la póliza*

Observaciones: Estimado asegurado le informamos que su reclamación de pago directo es procedente como enfermedad con deducible de \$19,000 pesos, coaseguro del 10% aplicando un tope de coaseguro de \$58,000 pesos. Los honorarios médicos quedan cubiertos con un coaseguro médico de 10%. No se cubren: Gastos personales, medicamentos de salida u otros no relacionados con este padecimiento.

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.



INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Jueves, 02 de Abril de 2026

Atención: LN2615007A Folio: LN2615007A
Dictamen: 00001 Siniestro: 26025203308

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **AVENDAÑO PINEDA DANIELA** 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: 1985/09/14

Edad: 40
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/04/02

Póliza: 14213G16
Vigencia Póliza: 2026/08/13
Contratante: MARCO ANTONIO CORONEL SANCHEZ
Titular: CORONEL SANCHEZ MARCO ANTONIO

Certificado: 1
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): LEIOMIOMA DEL UTERO

Procedimiento: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (CUERPO Y CERVIX), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA (S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S) –

Médico Tratante: MINAURO MUÑOZ GERARDO GABRIEL 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: \$ 50,000.00

Cargos a cuenta del asegurado		
Deducible**	\$ 19,000.00	
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$ 8,823.21	Coaseguro** 10.00%
Coaseguro Proveedor:	\$ 0.00	
Aplicar por el hospital:	\$ 27,823.21	
Gastos no cubiertos por la póliza*		

Observaciones: Estimado asegurado le informamos que su reclamación de pago directo es procedente como enfermedad con deducible de \$19,000 pesos, coaseguro del 10% aplicando un tope de coaseguro de \$58,000 pesos. Los honorarios médicos quedan cubiertos con un coaseguro médico de 10%. No se cubren: Gastos personales, medicamentos de salida u otros no relacionados con este padecimiento.

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.



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

Jueves, 02 de Abril de 2026

Atención: LN2615007A Folio: LN2615007A
Dictamen: 00003 Siniestro: 26025203308

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **AVENDAÑO PINEDA DANIELA** 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: 1985/09/14

Edad: 40
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/04/02

Póliza: 14213G16
Vigencia Póliza: 2026/08/13
Contratante: MARCO ANTONIO CORONEL SANCHEZ
Titular: CORONEL SANCHEZ MARCO ANTONIO

Certificado: 1
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): LEIOMIOMA DEL UTERO

Procedimiento: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (CUERPO Y CERVIX), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA (S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S) --

Médico Tratante: MINAURO MUÑOZ GERARDO GABRIEL

Tipo: NO RED

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

Equipo Médico	Nombre	Tipo	Importe
Rol			
ANESTESIOLOGO	TAMARIZ TOVAR BERENICE	NO RED	17,646.43

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

Observaciones: Anestesiólogo: Dra. Berenice Tamariz Tovar

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.

2026/04/02 08:44:28



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

Jueves, 02 de Abril de 2026

Atención: LN2615007A Folio: LN2615007A
Dictamen: 00004 Sinistro: 26025203308

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **AVENDAÑO PINEDA DANIELA** 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: 1985/09/14

Edad: 40
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/04/02

Póliza: 14213G16
Vigencia Póliza: 2026/08/13
Contratante: MARCO ANTONIO CORONEL SANCHEZ
Titular: CORONEL SANCHEZ MARCO ANTONIO

Certificado: 1
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): LEIOMIOMA DEL UTERO

Procedimiento: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (CUERPO Y CERVIX), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA (S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S) --

Médico Tratante: MINAURO MUÑOZ GERARDO GABRIEL

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
AYUDANTE 1o.	ORTIZ MALDONADO ALMA LILIA	NO RED	11,764.29

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: Ayudante: Dra. Alma Lilia Ortiz Maldonado

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.

2026/04/02 08:46:07

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC
 Tipo paciente: Hospitalizado
 Habitación: CLHA607
 Fecha de Ingreso: 31.03.2026
 Fecha de Egreso : 02.04.2026

Página: 1 de 2
 Fecha: 02.04.2026 Hora: 10:01:35
 Compañía: Paciente particular
 Médico: GERARDO GABRIEL MINAURO MUÑOZ

Paciente: DANIELA AVENDAÑO PINEDA

Episodio:1501448189
 Hora de Ingreso: 08:50:00
 Hora de Egreso : 07:17:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc. (%)	Precio Cargo	I. V. A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
31.03.2026	100001328	PANAZECLOX SOL 2.5MG/ML FCO GTS 10ML	1	393.12	0.00	393.12	62.90	456.02	456.02	15:51	HALUCC
31.03.2026	2000025357	PROTECTOR ULTRAS 61X91 UPLDPRO 2436 C10.	1	183.22	0.00	183.22	29.32	212.54	668.56	17:54	HALUCC
02.04.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	16,379.31	0.00	16,379.31	2,620.69	19,000.00	19,668.56	09:54	HSALHERVANDE
02.04.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	16,379.31	0.00	16,379.31	2,620.68	18,999.99	38,668.55	09:54	HSALHERVANDE
02.04.2026	COASHPART	SERVICIO HOSPITALARIO COASEGURO CO H	1	2,542.77	0.00	2,542.77	406.84	2,949.61	41,618.16	09:58	HSALHERVANDE
02.04.2026	COASHPART	SERVICIO HOSPITALARIO COASEGURO CO M	1	7,606.22	0.00	7,606.22	1,217.00	8,823.22	50,441.38	09:58	HSALHERVANDE
02.04.2026	COASHPART	SERVICIO HOSPITALARIO COASEGURO CO H	1	2,451.66	0.00	2,451.66	392.27	2,843.93	53,285.31	10:00	HSALHERVANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe: 576.34
 Descuentos: 0.00
 Sub-total: 576.34
 IVA(16,00%): 7,349.70
 Total de Cargos: 7,926.04
 Deducible: 32,758.62
 Coaseguro: 12,600.65
 Entrega a cuenta: 0.00
 Total a pagar: 53,285.31

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC
 Tipo paciente: Hospitalizado
 Habitación: CLH607
 Fecha de Ingreso: 31.03.2026
 Fecha de Egreso : 02.04.2026
 Episodio:1501448189
 Hora de Ingreso: 08:50:00
 Hora de Egreso : 07:17:00

Página: 2 de 2
 Fecha: 02.04.2026 Hora: 10:02:02
 Compañía: AXA SEGUROS
 Médico: GERARDO GABRIEL MINAURIO MUÑOZ

Paciente: DANIELA AVENDAÑO PINEDA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	9,996.00
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	5,160.04
CARGOS CIRUGÍA	10,867.19
CARGOS INSUMOS	4,470.19
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	18,192.20
COASEGUROS	2,451.66-
DEDUCIBLES	16,379.31-
DESCUENTO ADMISIÓN	1,599.36-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	825.61-
DESCUENTO CIRUGÍA	1,738.75-
DESCUENTO INSUMOS	715.23-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	2,910.75-

Importe:

Descuentos:	48,685.62
Sub-total:	7,789.70-
IVA(16,00%):	40,895.92
Total de Cargos:	3,530.39
Deducible:	44,426.31
Coaseguro:	16,379.31-
Entrega a cuenta:	2,451.66-
Total a Pagar:	0.00
	25,595.34

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC
 Tipo paciente: Hospitalizado
 Habitación: CLHA607
 Fecha de Ingreso: 31.03.2026
 Fecha de Egreso : 02.04.2026
 Episodio:1501448189
 Hora de Ingreso: 08:50:00
 Hora de Egreso : 07:17:00

Página: 6 de 6
 Fecha: 02.04.2026 Hora: 10:02:16
 Compañía: AXA SEGUROS
 Médico: GERARDO GABRIEL MINAÑO MUÑOZ

Paciente: DANIELA AVENDAÑO PINEDA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	199.50
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	5,621.21
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	772.72
CARGOS CIRUGÍA	3,739.09
CARGOS INSUMOS	20,957.19
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	386.36
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	11,357.52
CARGOS URGENCIAS	6,736.61
COASEGUROS	10,148.99-
DEDUCIBLES	16,379.31-
DESCUENTO ADMISIÓN	31.92-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	899.39-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	123.64-
DESCUENTO CIRUGÍA	598.25-
DESCUENTO INSUMOS	3,353.14-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	61.82-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	1,817.20-
DESCUENTO URGENCIAS	1,077.86-

Importe:	49,770.20
Descuentos:	7,963.22-
Sub-total:	41,806.98
IVA(16,00%):	2,444.59
Total de Cargos:	44,251.57
Deducible:	16,379.31-
Coaseguro:	10,148.99-
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	17,723.27