

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

Sábado, 04 de Abril de 2026

**Atención:** LG2622925A      **Folio:** LG2622925A  
**Dictamen:** 00002      **Siniestro:** 00000000000

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **CAMPOS DE LEON ANGELICA** 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:** 1989/03/27

**Edad:** 37  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2026/04/04

**Póliza:** FK03871C  
**Vigencia Póliza:** 2027/03/17  
**Contratante:** SMC CORPORATION MEXICO SA DE CV  
**Titular:** PEREZ ZAFRA JORGE LUIS

**Certificado:** 85  
**Subgrupo:** 01

**Pagada:** SI

### Diagnóstico o Sintomatología (simple):

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

**Médico Tratante:** FERNANDEZ GARRIDO JOSE ANTONIO

**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
MEDICO TRATANTE	FERNANDEZ GARRIDO JOSE ANTONIO	NÓ RED	3,816.00

### 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:** HM DR GARRIDO / MI / 02.04 AL 04.04

\_\_\_\_\_  
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.