

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

Martes, 17 de Marzo de 2026

**Atención:** LG2618533A      **Folio:** LG2618533A  
**Dictamen:** 00004      **Siniestro:** 26010112963

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **TAPIA GUTIERREZ DIANA** 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:** 1994/07/04

**Edad:** 31  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2026/03/17

**Póliza:** FK02177B  
**Vigencia Póliza:** 2027/01/01  
**Contratante:** LENTES GALILEO S.A.P.I DE C.V.  
**Titular:** TAPIA GUTIERREZ DIANA

**Certificado:** 737  
**Subgrupo:** 03

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** FIBROADENOSIS DE MAMA

**Procedimiento:** BIOPSIA ESCISIONAL ABIERTA DE QUISTE, FIBROADENOMA U OTRA LESION BENIGNA O MALIGNA DE MAMA, TEJIDO MAMARIO ABERRANTE, LESION DE CONDUCTO, LESION DE PE

**Médico Tratante:** FRAGOSO HERNANDEZ MARIO ALBERTO      **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 AYUDANTE 1o.	GONZALEZ GUERRERO SANTIAGO	NÓ RED	1,587.00

<b>Cargos a cuenta del asegurado</b>			
<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:** AYUDANTE

\_\_\_\_\_  
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.