

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD PAGO DIRECTO

Jueves, 09 de Abril de 2026

Atención: LG2623685A **Folio:** LG2623685A
Dictamen: 00002 **Siniestro:** 00000000000

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **JIMENEZ CANSECO JORGE SANTIAGO** 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: Masculino
Fecha de Nacimiento: 2008/03/16

Edad: 18
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2026/04/06

Póliza: FW86076E
Vigencia Póliza: 2027/01/01
Contratante: PROPIMEX, S. DE R.L. DE C.V.
Titular: JIMENEZ HERNANDEZ JORGE EDUARDO

Certificado: 1637886
Subgrupo: 01

Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): VARICELA CON OTRAS COMPLICACIONES

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.

Monto Autorizado al Prestador: \$ 200,000.00

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible** \$ 11,768.52

Coaseguro** 10.00%

Coaseguro Honorarios Médicos: \$ 1,920.00

Coaseguro Proveedor: \$ 0.00

Aplicar por el hospital: \$ 13,688.52

Gastos no cubiertos por la póliza*

Observaciones: SE CUBRE COMO HOSPITALIZACION CON DED:\$11,768.52 COA 10% CON TOPE EN 10MIL, HONORARIOS MEDICOS CUBIERTOS DE LA CUAL APLICA EL 10% REFLEJADO EN LA AUTORIZACION, NO SE CUBREN GASTOS MEDICOS NO RELACIONADOS.

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.