

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

Jueves, 09 de Abril de 2026

**Atención:** LG2623685A      **Folio:** LG2623685A  
**Dictamen:** 00003      **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 [1]:** ATENCION MEDICA HOSPITALARIA (POR DIA, INDEPENDIENTE DEL NUMERO DE VISITAS) DE  
**Procedimiento [2]:** ATENCION MEDICA HOSPITALARIA (POR DIA, INDEPENDIENTE DEL NUMERO DE VISITAS) DE

**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	NO RED	9,600.00

### 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:** SE CUBRE ATENCION DEL DR JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO □ ATENCION DEL 6 AL 13 ABRIL DEL 2026

\_\_\_\_\_  
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.