

**México, Ciudad de México, a 24 de Diciembre de 2025
09:36 hrs.****A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**Apreciable Asegurado: **Maria Isabel Castanon Garcia**Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **1628103PC6**:**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO**

Asegurado:	Código del asegurado / Certificado:
Maria Isabel Castanon Garcia	
Contratante:	Número de reclamación:
AMERICAN AIRLINES, INC.	2025-01C37826 - 1
Póliza:	Número de folio:
34-523211	1628103PC6
Plan:	Número de transacción:
PREMIER 200 OMNIA MM COL.	SIGPRC251219000519

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:	Fecha planeada de ingreso:
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	23/12/2025
Médico tratante:	Médico corresponde a tabulador contratado:
JOSE EMMANUEL REJON CAUICH	NO
Diagnóstico:	Presupuesto autorizado:
INSUFICIENCIA VENOSA (PERIFERICA) NO ESPECIFICADA	\$100,000.00

El presupuesto autorizado sólo representa una referencia, en caso de que se supere, informar de inmediato a GNP.

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

GASTOS CUBIERTOS POR GNP

Concepto	Descripción	Proveedor Médico	Monto autorizado
CIRUJANO	LIGADURA DE VASOS PERFORANTES SUBFACIAL RADICAL (TIPO LINTON) CON O SIN INSERTO CUTANEO.	JOSE EMMANUEL REJON CAUICH ()	\$55,545.00
PRIMER AYUDANTE	LIGADURA DE VASOS PERFORANTES SUBFACIAL RADICAL (TIPO LINTON) CON O SIN INSERTO CUTANEO.		\$11,109.00
ANESTESIOLOGO	LIGADURA DE VASOS PERFORANTES SUBFACIAL RADICAL (TIPO LINTON) CON O SIN INSERTO CUTANEO.		\$16,663.50

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$3,439.46
Coaseguro honorarios médicos:	\$4,165.88
Coaseguro gastos de hospital:	5.0%
Coaseguro por nivel de atención:	
Participación adicional del asegurado:	0%
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	5.0%
Participación adicional Código de Beneficio:	
Tope coaseguro:	\$30,000.00
Remanente coaseguro:	\$30,000.00

Gastos personales: Gastos a cargo del asegurado/participante por la diferencia de costo de la habitación de nivel superior a lo autorizado, así como la diferencia de honorarios médicos.

OBSERVACIONES AL PACIENTE Y/O ASEGURADO:

SOLO SE CUBRE LO AUTORIZADO A PARTIR DEL DIA DE INGRESO. GASTOS EXTRA A CARGO DEL ASEGURADO NO REEMBOLSABLES

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CASO DE PRACTICARSE ALGÚN TRATAMIENTO O CIRUGÍA ADICIONAL NO AUTORIZADO POR GNP SEGUROS Y/O SE ENCUENTRE INFORMACIÓN DIFERENTE A LA PRESENTADA DURANTE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN EL HOSPITAL.

Recuerde que el pago directo procede únicamente si el monto final de su cuenta hospitalaria sin considerar los honorarios médicos, supera la suma de deducible y coaseguros indicados en la presente carta.

La fecha compromiso sólo contempla la respuesta a su solicitud a GNP Seguros, no el tiempo de entrega del medicamento o insumo solicitado, en caso de proceder la solicitud uno de nuestros proveedores se pondrá en contacto con usted para agendar la misma.

Favor de solicitar identificación oficial al portador.

Atentamente,

GNP Seguros

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

En cumplimiento a las disposiciones legales relacionadas con la Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP), hace de su conocimiento que los datos personales, patrimoniales y sensibles, que en su caso proporcione, se tratarán de conformidad con el Aviso de Privacidad, disponible en la página de Internet gnp.com.mx o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.