

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P.14060, Ciudad de México

DATOS DEL PROVEEDOR

Nombre: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.
Dirección: DURANGO NUM EXT. 50, ROMA NORTE, , 06700



Teléfono: 1 **Extensión:**

DATOS DE LA PÓLIZA

Contratante: SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL ENTRETENIMIENTO, S.A. DE.C.V.
Titular: IVONE TOLENTINO HABIB
Afectado: IVONE TOLENTINO HABIB
Cobertura: **Ramo:** FAMILIAR **Folio:** 37100 3185048
Póliza: 26200 30033062 **CIS:** 30849191 **Siniestro No.:** 37100 3403986 **Moneda:** NACIONAL

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico (ICD10): K21X ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO
Tratamiento (CPT4): 43324 PLASTIA HIATO, FUNDUPLICATURA LAPAROSCOPICA
Tratamiento (CPT4): 99261 NO SE CUBREN ESTUDIOS PREOPERATORIOS EN HOSPITAL

SERVICIO

Favor de proporcionar los servicios indicados en la presente al asegurado afectado, previa identificación de su persona, estos serán pagados directamente por Seguros Inbursa, S.A, Grupo Financiero Inbursa.

Si durante la estancia del asegurado resulta que su padecimiento no está cubierto y/o se practicará algún tratamiento o cirugía adicional no autorizados, los gastos derivados no se serán cubiertos y por lo tanto estarán a cargo del asegurado, por lo que la presente autorización quedará sin efecto.

Suma asegurada disponible: 150,000.00 **Deducible:** 4,788.61 **Coaseguro:** 0.00 %

SERVICIOS CUBIERTOS POR SEGUROS INBURSA

Concepto	Prestador	Sesiones	Importe
HONANEST	ANESTESIOLOGO		7,152.00
HONPRIAY	PRIMER AYUDANTE		4,768.00
HONQUIRU	DR ARELLANO LOPEZ PAUL RICARDO		23,839.00
HOSPITAL	ANGELES LONDRES		150,000.00

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR SEGUROS INBURSA

DIFERENCIA DE HABITACION PELICULAS
GASTOS SOLICITADOS NO RELACIONADOS CON ARTICULOS DE USO PERSONAL
GASTOS DEL ACOMPAÑANTE
LLAMADAS DE LARGA DISTANCIA

OBSERVACIONES

DIFERENCIA DE HONORARIOS NO REEMBOLSABLES// GASTOS DE BANCO DE SANGRE, PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD DE DONADOR O POSIBLES DONADORES NO CUBIERTOS POR CONDICIONES DE POLIZA

Nombre del médico que autoriza:
MARICRUZ ABIGAIL MEDINA GUERRA

Lugar y fecha de emisión:
Ciudad de México, 27 de Enero del 2026



Firma del médico que autoriza

Firma de recibo

El presente documento perderá validez 15 días naturales posteriores a la fecha de emisión del mismo.

Los Asegurados podrán consultar el aviso de privacidad, condiciones generales y demás documentos de este seguro a través del Contratante o en www.inbursa.com