

México, Ciudad de México, a 23 de Enero de 2026  
18:12 hrs.

A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Apreciable Asegurado: MIRIAM PAOLA IBARZABAL CRUZ

Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **0178556023**:

## DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Asegurado:</b>           | <b>Código del asegurado / Certificado:</b> |
| MIRIAM PAOLA IBARZABAL CRUZ | 0085550107                                 |
| <b>Contratante:</b>         | <b>Número de reclamación:</b>              |
| AXTEL, S.A.B. DE C.V.       | 2026HC001247226                            |
| <b>Póliza:</b>              | <b>Número de folio:</b>                    |
| 00000618626782              | 0178556023                                 |
| <b>Plan:</b>                | <b>Número de transacción:</b>              |
| PREMIER 100 OMNIA           | SIGPRC260115000927                         |

## DATOS DEL PADECIMIENTO

|  |   |
|--|---|
| <b>Hospital:</b>   | <b>Fecha planeada de ingreso:</b>                 |
| HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES                               | 24/01/2026  |
| <b>Médico tratante:</b>  | <b>Médico corresponde a tabulador contratado:</b> |
| RAFAEL EDMUNDO ELIZARRARAS PORTILLO                            | NO  |
| <b>Diagnóstico:</b>  | <b>Presupuesto autorizado:</b>                    |
| DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL CERVICAL<br>SIN MIELOPATIA | \$200,000.00                                      |

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 |
|------------------|---|--|------------------|
| MEDICO CIRUJANO  | INSTRUMENTACION POSTERIOR NO SEGMENTARIA (P. EJ. TECNICA UNICA DE VARILLA DE HARRINGTON). (ANOTE LOS CODIGOS 22840-22848, 22851 SEPARADAMENTE, ADEMAS (1) | RAFAEL EDMUNDO<br>ELIZARRARAS PORTILLO | \$45,330.00      |
| PRIMER AYUDANTE  | INSTRUMENTACION POSTERIOR NO SEGMENTARIA (P. EJ. TECNICA UNICA DE VARILLA DE HARRINGTON). (ANOTE LOS CODIGOS 22840-22848, 22851 SEPARADAMENTE, ADEMAS (1) |  | \$9,066.00       |
| ANESTESIOLOGO    | INSTRUMENTACION POSTERIOR NO SEGMENTARIA (P. EJ. TECNICA UNICA DE VARILLA DE HARRINGTON). (ANOTE LOS CODIGOS 22840-22848, 22851 SEPARADAMENTE, ADEMAS (1) |  | \$13,599.00      |
| SEGUNDO AYUDANTE | INSTRUMENTACION POSTERIOR NO SEGMENTARIA (P. EJ. TECNICA UNICA DE VARILLA DE HARRINGTON). (ANOTE LOS CODIGOS 22840-22848, 22851 SEPARADAMENTE, ADEMAS (1) |  | \$4,533.00       |

**GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO**

|   | Importe     |
|---|-------------|
| <b>Deducible:</b>                                     | \$28,353.60 |
| <b>Coaseguro honorarios médicos:</b>                  | \$7,252.80  |
| <b>Coaseguro gastos de hospital:</b>                  | 10.00%      |
| <b>Coaseguro por nivel de atención:</b>               | 0.00 %      |
| <b>Participación adicional del asegurado:</b>         | 0.00 %      |
| <b>Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):</b> | 10.00%      |
| <b>Participación adicional Código de Beneficio:</b>   |             |
| <b>Tope coaseguro:</b>                                | \$30,000.00 |
| <b>Remanente coaseguro:</b>                           | \$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.**

VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE IMPRESIÓN

**OBSERVACIONES AL PACIENTE Y/O ASEGURADO:**

NO SE CUBRE RADIOFRECUENCIA, CIRUGIA PERCUTANEA, CIRUGIA ENDOSCOPICA, NUCLEOPLASTIA NI LASER DIODO. EXTRAS A CARGO DE 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](http://gnp.com.mx) o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.