

**México, Ciudad de México, a 18 de Marzo de 2026
20:49 hrs.****A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**Apreciable Asegurado: **MANUEL FRANCISCO GERARDO SANROMAN CASTILLO**Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **0181000787**:**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO**

Asegurado:	Código del asegurado / Certificado:
MANUEL FRANCISCO GERARDO SANROMAN CASTILLO	0022001229
Contratante:	Número de reclamación:
MANUEL FRANCISCO GERARDO SANROMAN CASTILLO	2026HI001261683
Póliza:	Número de folio:
00000315476275	0181000787
Plan:	Número de transacción:
VERSATIL CNSF EXCELSIS	SIGPRC260316000021

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:	Fecha planeada de ingreso:
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	16/03/2026
Médico tratante:	Médico corresponde a tabulador contratado:
PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA	NO
Diagnóstico:	Presupuesto autorizado:
OSTEOARTROSIS LOCALIZADA PRIMARIA-PELVIS Y MUSLO	\$250,000.00

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	ARTROPLASTIA, REEMPLAZO PROSTETICO ACETABULAR Y FEMORAL PROXIMAL (REEMPLAZO TOTAL DE CADERA), CON O SIN INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO. (27131 SE HA(N) (1)	PAULO ALBERTO PEREZ PADILLA	\$77,700.00
PRIMER AYUDANTE	ARTROPLASTIA, REEMPLAZO PROSTETICO ACETABULAR Y FEMORAL PROXIMAL (REEMPLAZO TOTAL DE CADERA), CON O SIN INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO. (27131 SE HA(N) (1)		\$15,540.00
ANESTESIOLOGO	ARTROPLASTIA, REEMPLAZO PROSTETICO ACETABULAR Y FEMORAL PROXIMAL (REEMPLAZO TOTAL DE CADERA), CON O SIN INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO. (27131 SE HA(N) (1)		\$23,310.00

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$19,000.00
Coaseguro honorarios médicos:	\$11,655.00
Coaseguro gastos de hospital:	10.00%
Coaseguro por nivel de atención:	0.00 %
Participación adicional del asegurado:	0.00 %
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	10.00%
Participación adicional Código de Beneficio:	
Tope coaseguro:	\$69,000.00
Remanente coaseguro:	\$69,000.00

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:

SE CUBREN PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS EN CARTA. GASTOS EXTRAS 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.