

**México, Ciudad de México, a 30 de Marzo de 2026
19:05 hrs.****A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**Apreciable Asegurado: **CONCEPCION MARTINEZ PEREZ**Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **1700509PC6**:**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO**

Asegurado:	Código del asegurado / Certificado:
CONCEPCION MARTINEZ PEREZ	6595995B
Contratante:	Número de reclamación:
DOWELL SCHLUMBERGER DE MEXICO, S.A. DE C.V.	2026-06C03309 - 2
Póliza:	Número de folio:
23-584566	1700509PC6
Plan:	Número de transacción:
PREMIER 100 TEMPUS MM COL.	SIGPRC260323001003

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:	Fecha planeada de ingreso:
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	27/03/2026
Médico tratante:	Médico corresponde a tabulador contratado:
Luis Mario Montes Jimenez	NO
Diagnóstico:	Presupuesto autorizado:
OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	\$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
CIRUJANO	ARTROPLASTIA POR ABRASION (INCLUYE CONDRoplastia CUANDO FUERA NECESARIA) O MULTIPLES TREPANACIONES; CON CORRECCION DE MENISCO (MEDIAL Y LATERAL).	Luis Mario Montes Jimenez ()	\$47,650.00
PRIMER AYUDANTE	ARTROPLASTIA POR ABRASION (INCLUYE CONDRoplastia CUANDO FUERA NECESARIA) O MULTIPLES TREPANACIONES; CON CORRECCION DE MENISCO (MEDIAL Y LATERAL).		\$9,530.00
ANESTESIOLOGO	ARTROPLASTIA POR ABRASION (INCLUYE CONDRoplastia CUANDO FUERA NECESARIA) O MULTIPLES TREPANACIONES; CON CORRECCION DE MENISCO (MEDIAL Y LATERAL).		\$14,295.00

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$.00
Coaseguro honorarios médicos:	\$0.00
Coaseguro gastos de hospital:	0%
Coaseguro por nivel de atención:	
Participación adicional del asegurado:	0%
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	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. NO SE CUBREN AGENTES BIOLÓGICOS, FACTORES DE CRECIMIENTO, VISCOSUPLEMENTACION, PLASMA RICO EN PLAQUETAS, HEMOSTATICOS. 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.