

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00007

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI**  
bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitación:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento [1]:** COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS  
**Procedimiento [2]:** HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA DE UTERO DE 250 GRAMOS O MENOR

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

### Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
INTERCONSULTANTE 2	CABRERA CARRANCO RAMIRO	NÓ RED	2,469.73

### Cargos a cuenta del asegurado

<b>Deducible**</b>	\$	0.00	<b>Coaseguro**</b>	0.00%
<b>Coaseguro Honorarios Médicos:</b>	\$	0.00		
<b>Coaseguro Proveedor:</b>	\$	0.00		
<b>Aplicar por el hospital:</b>	\$	0.00		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza*</b>				

**Observaciones:** HONORARIOS AYUDANTE 2DO PROCEDIMIENTO ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00006

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI** bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitación:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento [1]:** COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS  
**Procedimiento [2]:** HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA DE UTERO DE 250 GRAMOS O MENOR

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

### Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
INTERCONSULTANTE 1	SENDEROS BRENIS PAOLA	NÓ RED	3,704.60

### Cargos a cuenta del asegurado

<b>Deducible**</b>	\$	0.00	<b>Coaseguro**</b>	0.00%
<b>Coaseguro Honorarios Médicos:</b>	\$	0.00		
<b>Coaseguro Proveedor:</b>	\$	0.00		
<b>Aplicar por el hospital:</b>	\$	0.00		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza*</b>				

**Observaciones:** HONORARIOS ANESTESIOLOGIA 2DO PROCEDIMIENTO ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00005

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI**  
bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitación:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento [1]:** COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS  
**Procedimiento [2]:** HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA DE UTERO DE 250 GRAMOS O MENOR

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

### Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
MEDICO TRATANTE	SIERRA BROZON ANA GABRIELA	NÓ RED	12,348.67

### Cargos a cuenta del asegurado

**Deducible\*\*** \$ 0.00

**Coaseguro\*\*** 0.00%

**Coaseguro Honorarios Médicos:** \$ 0.00

**Coaseguro Proveedor:** \$ 0.00

**Aplicar por el hospital:** \$ 0.00

**Gastos no cubiertos por la póliza\***

**Observaciones:** HONORARIOS GINECOLOGIA

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.

**INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD  
GASTOS MEDICOS MAYORES  
ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA**

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00004

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI**  
bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitación:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento [1]:** COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS  
**Procedimiento [2]:** HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA DE UTERO DE 250 GRAMOS O MENOR

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

**Equipo Médico**

Rol	Nombre	Tipo	Importe
AYUDANTE 1o.	CABRERA CARRANCO RAMIRO	NÓ RED	5,371.30

**Cargos a cuenta del asegurado**

**Deducible\*\*** \$ 0.00

**Coaseguro\*\*** 0.00%

**Coaseguro Honorarios Médicos:** \$ 0.00

**Coaseguro Proveedor:** \$ 0.00

**Aplicar por el hospital:** \$ 0.00

**Gastos no cubiertos por la póliza\***

**Observaciones:** HONORARIOS AYUDANTE. ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00003

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI** bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitación:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento [1]:** COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS  
**Procedimiento [2]:** HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA DE UTERO DE 250 GRAMOS O MENOR

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

### Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
ANESTESIOLOGO	FIGUEROA CABALLERO MARIA FERNANDA	NO RED	8,057.00

### Cargos a cuenta del asegurado

<b>Deducible**</b>	\$	0.00	<b>Coaseguro**</b>	0.00%
<b>Coaseguro Honorarios Médicos:</b>	\$	0.00		
<b>Coaseguro Proveedor:</b>	\$	0.00		
<b>Aplicar por el hospital:</b>	\$	0.00		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza*</b>				

**Observaciones:** HONORARIOS ANESTESIOLOGIA□

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.
  - La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.
- \*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.

## INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00002

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI** bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitación:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento [1]:** COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS  
**Procedimiento [2]:** HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA DE UTERO DE 250 GRAMOS O MENOR

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

### Equipo Médico

Rol	Nombre	Tipo	Importe
CIRUJANO	RAMIREZ BRITO FRANCISCO JAVIER	NÓ RED	26,856.67

### Cargos a cuenta del asegurado

<b>Deducible**</b>	\$	0.00	<b>Coaseguro**</b>	0.00%
<b>Coaseguro Honorarios Médicos:</b>	\$	0.00		
<b>Coaseguro Proveedor:</b>	\$	0.00		
<b>Aplicar por el hospital:</b>	\$	0.00		
<b>Gastos no cubiertos por la póliza*</b>				

**Observaciones:** HONORARIOS CIRUJANO PRINCIPAL ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.

**INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD  
GASTOS MEDICOS MAYORES  
ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA**

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

**Atención:** LG2563318A  
**Dictamen:** 00001

**Folio:** 000000002S  
**Siniestro:** 25010149919

**Estatus:** Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **MIRANDA RAMIREZ ARACELI** bajo las condiciones en que la póliza fue contratada, de los gastos erogados que son estrictamente necesarios para la atención de los síntomas y/o diagnósticos declarados.

**Sexo:** Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** 1987/01/31

**Edad:** 38  
**Habitacion:**  
**Fecha de Ingreso:** 2025/11/10

**Póliza:** FW49656K  
**Vigencia Póliza:** 2026/07/15  
**Contratante:** OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC  
**Titular:** MIRANDA RAMIREZ ARACELI

**Certificado:** 51  
**Subgrupo:** 02

**Pagada:** SI

**Diagnóstico o Sintomatología (simple):** ENDOMETRIOSIS

**Procedimiento:** COLECTOMÍA, PARCIAL -- CON ANASTOMOSIS

**Médico Tratante:** SIERRA BROZON ANA GABRIELA

**Tipo:** NO RED

**Prestador:** OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.  
OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

**Monto Autorizado al Prestador:** \$ 300,000.00

**Cargos a cuenta del asegurado**

**Deducible\*\*** \$ 23,732.28

**Coaseguro\*\*** 0.00%

**Coaseguro Honorarios Médicos:** \$ 0.00

**Coaseguro Proveedor:** \$ 0.00

**Aplicar por el hospital:** \$ 23,732.28

**Gastos no cubiertos por la póliza\***

**Observaciones:** Se autoriza: ☐-☐COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS PRIMARIA LAPAROSCOPIA CON ESCISION TOTA DE ENDOMETRIOSIS LAPAROSCOPIA, + HISTERECTOMIA LAPAROSCOPIA ☐Carta válida para procedimiento indicado, en caso de realizarse otro distinto, esta carta perderá validez automáticamente. No se cubren gastos personales y/o medicamentos de salida. ☐Honorarios médicos cubiertos de acuerdo con tabulador contratado. Le informamos que de acuerdo con su tabulador no se contempla la participación de segundo ayudante en los procedimientos programados. ☐Carta válida para 30 días. ☐La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada. ☐☐

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoreo y/o Neuronavegador y/ O-Arm, biológicos y/o injertos cualquiera que sea su origen, radiofrecuencia, gastos personales y/o medicamentos de salida, medicamentos importados y/o sin permiso para su distribución en territorio nacional, equipo especial no referido en informe médico.

- La Compañía se reserva el derecho para modificar esta autorización, de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la información proporcionada.

\*Exclusiones enunciativas más no limitativas, sujetas a dictamen médico y a las condiciones generales de la póliza contratada, revisar observaciones.