

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

Sábado, 29 de Noviembre de 2025

Atención: LG2572488A
Dictamen: 00004

Folio: 000000001S
Siniestro: 25010156717

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN** 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: 1995/10/13

Edad: 30
Habitación:
Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J
Vigencia Póliza: 2026/09/01
Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV
Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

Certificado: 6450786
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): DISPLASIA CERVICAL LEVE

Procedimiento: TRAQUELECTOMIA (CERVICECTOMIA), AMPUTACION DEL CERVIX

Médico Tratante: GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE

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.	MEDICO NO LOCALIZABLE	NÓ RED	2,109.00

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: 1er Ayudante: Maria Licon

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**

Sábado, 29 de Noviembre de 2025

Atención: LG2572488A
Dictamen: 00003

Folio: 000000001S
Siniestro: 25010156717

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN** 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: 1995/10/13

Edad: 30
Habitación:
Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J
Vigencia Póliza: 2026/09/01
Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV
Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

Certificado: 6450786
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): DISPLASIA CERVICAL LEVE

Procedimiento: TRAQUELECTOMIA (CERVICECTOMIA), AMPUTACION DEL CERVIX

Médico Tratante: GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE

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	HERNANDEZ CABALLERO KARINA	NÓ RED	3,164.00

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: Anestesiólogo: Karina Hernandez Caballero

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**

Sábado, 29 de Noviembre de 2025

Atención: LG2572488A
Dictamen: 00002

Folio: 000000001S
Siniestro: 25010156717

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN** 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: 1995/10/13

Edad: 30
Habitación:
Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J
Vigencia Póliza: 2026/09/01
Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV
Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

Certificado: 6450786
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): DISPLASIA CERVICAL LEVE

Procedimiento: TRAQUELECTOMIA (CERVICECTOMIA), AMPUTACION DEL CERVIX

Médico Tratante: GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE

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	GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE	NÓ RED	10,547.00

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: Cirujano: Leopoldo Gatica Galina

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**

Sábado, 29 de Noviembre de 2025

Atención: LG2572488A
Dictamen: 00001

Folio: 000000001S
Siniestro: 25010156717

Estatus: Procedente

Esta carta otorga cobertura al asegurado: **ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN** 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: 1995/10/13

Edad: 30
Habitacion:
Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J
Vigencia Póliza: 2026/09/01
Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV
Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

Certificado: 6450786
Subgrupo: 01
Pagada: SI

Diagnóstico o Sintomatología (simple): DISPLASIA CERVICAL LEVE

Procedimiento: TRAQUELECTOMÍA (CERVICECTOMÍA), AMPUTACIÓN DEL CERVIX (PROCEDIMIENTO SEPARADO)

Médico Tratante: GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE

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: \$ 100,000.00

Cargos a cuenta del asegurado

Deducible** \$ 6,879.00

Coaseguro** 10.00%

Coaseguro Honorarios Médicos: \$ 1,582.00

Coaseguro Proveedor: \$ 0.00

Aplicar por el hospital: \$ 8,461.00

Gastos no cubiertos por la póliza*

Observaciones: Autorización realizada en LG2572488A / LG2572488A D3 se cancela por reexpedición, por lo que no podrá hacerla valida en su ingreso hospitalario. ☐ Se autoriza RESECCION DE LESION CERVICAL INTRAEPITELIAL POR VPH, CERVICECTOMIA PARCIAL. ☐ Médico no red, acepta tabulador, se cubren honorarios médicos. ☐ Aplica deducible, coaseguro de hospital y de honorarios de acuerdo a las condiciones de la póliza. ☐ Autorización valida solo por el procedimiento indicado, en caso de realizarse cualquier otro diferente al autorizado esta carta se invalidará total y automáticamente. ☐ No se cubren gastos personales ni medicamentos de salida. ☐ 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.