

**México, Ciudad de México, a 16 de Enero de 2026**  
**10:21 hrs.****A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**Apreciable Asegurado: **OMAR VILLA CAMARGO**Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **719912RH6**:**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO****Asegurado:**

OMAR VILLA CAMARGO

**Código del asegurado / Certificado:**

0051917C

**Contratante:**

NITROPET, S.A. DE C.V.

**Número de reclamación:**

2026-02C00422 - 1

**Póliza:**

12-453807

**Número de folio:**

719912RH6

**Plan:**

PREMIER 100 OMNIA MM COL.

**Número de transacción:**

SIGRHO260116000043

**DATOS DEL PADECIMIENTO****Hospital:**

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

**Fecha de ingreso:**

15/01/2026

**Médico tratante:**

ALLAN ARAIZA CONTRERAS

**Médico corresponde a tabulador contratado:**

NO

**Diagnóstico:**

TRASTORNO INTERNO RODILLA

**Presupuesto autorizado:**

\$23,000.00

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
INTERCONSULTAS	CONSULTA DE URGENCIAS.	ALLAN ARAIZA CONTRERAS (TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA)	\$2,430.00
INTERCONSULTAS	CONSULTA HOSPITALARIA POR DIA (SUBSECUENTES).	ALLAN ARAIZA CONTRERAS (TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA)	\$1,970.00

### GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$0.00
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 por padecimiento no cubierto:	
Participación por 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:

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.