

México, Ciudad de México, a 09 de Diciembre de 2025
19:04 hrs.

A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Apreciable Asegurado: ELIZABETH RODRIGUEZ .

Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores 1617192PC6:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO

Asegurado:

ELIZABETH RODRIGUEZ .

Código del asegurado / Certificado:

0011074A

Contratante:

SERVICIOS COMERCIALES AMAZON MEXICO, S DE RL
DE CV

Número de reclamación:

2025-08C07810 - 3

Póliza:

33-630832

Número de folio:

1617192PC6

Plan:

PREMIER 200 EXCELSIS S/MMCOL

Número de transacción:

SIGPRC251206000114

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Fecha planeada de ingreso:

10/12/2025

Médico tratante:

JORGE CARLOS PAZ SOSA

Médico corresponde a tabulador contratado:

NO

Diagnóstico:

TRASTORNO INTERNO RODILLA

Presupuesto autorizado:

\$150,000.00

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 O LATERAL).	JORGE CARLOS PAZ SOSA	\$50,890.00
PRIMER AYUDANTE	ARTROPLASTIA POR ABRASION (INCLUYE CONDROPLASTIA CUANDO FUERA NECESARIA) O MULTIPLES TREPANACIONES; CON CORRECCION DE MENISCO (MEDIAL O LATERAL).		\$10,178.00
ANESTESIOLOGO	ARTROPLASTIA POR ABRASION (INCLUYE CONDROPLASTIA CUANDO FUERA NECESARIA) O MULTIPLES TREPANACIONES; CON CORRECCION DE MENISCO (MEDIAL O LATERAL).		\$15,267.00

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:	\$20,000.00
Remanente coaseguro:	\$20,000.00

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:

SE AUTORIZA PAGO DIRECTO CON DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS.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.