

México, Ciudad de México, a 07 de Enero de 2026  
11:38 hrs.

A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Apreciable Asegurado: MIGUEL ANGEL OLIVERA GUZMAN

Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores 0176654077:

#### DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO

<b>Asegurado:</b>	<b>Código del asegurado / Certificado:</b>
MIGUEL ANGEL OLIVERA GUZMAN	0228519080
<b>Contratante:</b>	<b>Número de reclamación:</b>
ESTHELA GUZMAN ISIDRO	2025HI001236147
<b>Póliza:</b>	<b>Número de folio:</b>
00000668200520	0176654077
<b>Plan:</b>	<b>Número de transacción:</b>
VERSATIL CNSF TEMPUS	SIGPRC251125000391

#### DATOS DEL PADECIMIENTO

<b>Hospital:</b>	<b>Fecha planeada de ingreso:</b>
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	12/01/2026
<b>Médico tratante:</b>	<b>Médico corresponde a tabulador contratado:</b>
VICTOR MANUEL FERNANDEZ RUIZ	NO
<b>Diagnóstico:</b>	<b>Presupuesto autorizado:</b>
FRACTURA DE RADIO Y CUBITO	\$50,000.00

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
MEDICO CIRUJANO	REMOCION DE IMPLANTE, PROFUNDO (P. EJ. ALAMBRE INTRAOSEO, CLAVIJA, TORNILLO, BANDA METALICA, CLAVO, VARILLA O PLACA). (1)	VICTOR MANUEL FERNANDEZ RUIZ	\$11,710.00
PRIMER AYUDANTE	REMOCION DE IMPLANTE, PROFUNDO (P. EJ. ALAMBRE INTRAOSEO, CLAVIJA, TORNILLO, BANDA METALICA, CLAVO, VARILLA O PLACA). (1)		\$2,342.00
ANESTESIOLOGO	REMOCION DE IMPLANTE, PROFUNDO (P. EJ. ALAMBRE INTRAOSEO, CLAVIJA, TORNILLO, BANDA METALICA, CLAVO, VARILLA O PLACA). (1)		\$3,513.00

**GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO**

	Importe
<b>Deducible:</b>	\$19,000.00
<b>Coaseguro honorarios médicos:</b>	\$1,756.50
<b>Coaseguro gastos de hospital:</b>	10.00%
<b>Coaseguro por nivel de atención:</b>	0.00 %
<b>Participación adicional del asegurado:</b>	0.00 %
<b>Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):</b>	10.00%
<b>Participación adicional Código de Beneficio:</b>	
<b>Tope coaseguro:</b>	\$69,000.00
<b>Remanente coaseguro:</b>	\$69,000.00

**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 A PARTIR DEL DIA DE INGRESO PARA EL ANTEBRAZO IZQUIERDO. 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](http://gnp.com.mx) o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.