

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

Atención: LG2563318A **Folio:** 000000002S
Dictamen: 00007 **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

Certificado: 51

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Subgrupo: 02

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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	NO RED	2,469.73

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 2DO PROCEDIMIENTO □

Firma del Prestador

Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoring 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 **Folio:** 000000002S
Dictamen: 00006 **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

Certificado: 51

Subgrupo: 02

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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	NO RED	3,704.60

Cargos a cuenta del asegurado

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

Observaciones: HONORARIOS ANESTESIOLOGIA 2DO PROCEDIMIENTO□

Firma del Prestador

Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoring 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.



reinventando / los seguros

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

Atención: LG2563318A Folio: 000000002S
Dictamen: 00005 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

Certificado: 51

Subgrupo: 02

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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	NO 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 neuromonitoring 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.



reinventando / los seguros

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

Atención: LG2563318A Folio: 000000002S
Dictamen: 00004 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

Certificado: 51

Subgrupo: 02

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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
AYUDANTE 1o.

Nombre

CABRERA CARRANCO RAMIRO

Tipo

NO RED

Importe

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.



reinventando / los seguros

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

Atención: LG2563318A Folio: 000000002S
Dictamen: 00003 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

Certificado: 51

Subgrupo: 02

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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
ANESTESIOLOGO

Nombre
FIGUEROA CABALLERO MARIA FERNANDA

Tipo
NO RED **Importe**
8,057.00

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: HONORARIOS ANESTESIOLOGIA□

Firma del Prestador

Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoring 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.



reinventando / los seguros

INFORMACION SOBRE SU SOLICITUD GASTOS MEDICOS MAYORES ENFERMEDAD CIRUGIA PROGRAMADA

Lunes, 10 de Noviembre de 2025

Atención: LG2563318A Folio: 000000002S
Dictamen: 00002 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

Certificado: 51

Subgrupo: 02

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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
CIRUJANO

Nombre
RAMIREZ BRITO FRANCISCO JAVIER

Tipo
NO RED **Importe**
26,856.67

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 CIRUJANO PRINCIPAL□

Firma del Prestador

Firma del Asegurado o Familiar

Quedan excluidos de la cobertura los gastos ocasionados por:

- Uso de neuromonitoring 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.



reinventando / los seguros

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

Certificado: 51

Subgrupo: 02

Contratante: OPERADORA DE COLEGIOS LA SALLE SC

Titular: MIRANDA RAMIREZ ARACELI

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 LAPAROSCOPICA□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 neuromonitoring 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.