



reinventando / los seguros

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

Habitacion:

Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J

Vigencia Póliza: 2026/09/01

Certificado: 6450786

Subgrupo: 01

Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV

Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

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
AYUDANTE 1o.

Nombre

MEDICO NO LOCALIZABLE

Tipo

NO RED

Importe

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 Licona

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

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

Habitacion:

Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J

Certificado: 6450786

Vigencia Póliza: 2026/09/01

Subgrupo: 01

Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV

Pagada: SI

Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

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
ANESTESIOLOGO

Nombre

HERNANDEZ CABALLERO KARINA

Tipo
NO RED

Importe
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 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

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

Habitacion:

Fecha de Ingreso: 2025/11/28

Póliza: FW55350J

Vigencia Póliza: 2026/09/01

Certificado: 6450786

Subgrupo: 01

Contratante: AMERICAN EXPRESS COMPANY MEXICO SA DE CV

Titular: ROBLES DIAZ CLAUDIA JAZMIN

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
CIRUJANO

Nombre
GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE

Tipo
NO RED **Importe**
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 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

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 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.