

México, Ciudad de México, a 27 de Noviembre de 2025
15:02 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

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

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:	Fecha planeada de ingreso:
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	08/12/2025
Médico tratante:	Médico corresponde a tabulador contratado:
VICTOR MANUEL FERNANDEZ RUIZ	NO
Diagnóstico:	Presupuesto autorizado:
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
Deductible:	\$19,000.00
Coaseguro honorarios médicos:	\$1,756.50
Coaseguro gastos de hospital:	10.00%
Coaseguro por nivel de atención:	0.00 %
Participación adicional del asegurado:	0.00 %
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	10.00%
Participación adicional Código de Beneficio:	
Tope coaseguro:	\$69,000.00
Remanente coaseguro:	\$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 ASEGUROADO 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.