

**México, Ciudad de México, a 29 de Diciembre de 2025
15:26 hrs.****A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES**Apreciable Asegurado: **ALINE LUNA RODRIGUEZ**Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **712609RH6**:**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO**

Asegurado:	Código del asegurado / Certificado:
ALINE LUNA RODRIGUEZ	0126135A
Contratante:	Número de reclamación:
PHARMA PLUS, S.A. DE C.V.	2025-01C06163 - 3
Póliza:	Número de folio:
32-459709	712609RH6
Plan:	Número de transacción:
PREMIER 200 TEMPUS MM COL.	SIGRHO251229000165

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:	Fecha de ingreso:
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	29/12/2025
Médico tratante:	Médico corresponde a tabulador contratado:
ANDREA DEL CARMEN QUIROZ GARCIA	NO
Diagnóstico:	Presupuesto autorizado:
CARCINOMA BASOCELULAR NO ESPECIFICADO	\$23,000.00

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	ESCISION LESION MALIGNA CARA OREJAS PARPADOS NARIZ LABIOS; DIAMETRO DE LA LESION DE 0.5 CM O MENOS.	ANDREA DEL CARMEN QUIROZ GARCIA (CX)	\$11,280.00
		()	
PRIMER AYUDANTE	ESCISION LESION MALIGNA CARA OREJAS PARPADOS NARIZ LABIOS; DIAMETRO DE LA LESION DE 0.5 CM O MENOS.		\$2,256.00

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$6,878.92
Coaseguro honorarios médicos:	\$676.80
Coaseguro gastos de hospital:	5.0%
Coaseguro por nivel de atención:	
Participación adicional del asegurado:	0%
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	5.0%
Participación por padecimiento no cubierto:	
Participación por Código de Beneficio:	
Tope coaseguro:	\$30,000.00
Remanente coaseguro:	\$30,000.00

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:

ESTA CARTA SUSTITUYE A FOLIO 1624812

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.