

**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**

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

**DATOS DEL PADECIMIENTO**

<b>Hospital:</b>	<b>Fecha de ingreso:</b>
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	29/12/2025
<b>Médico tratante:</b>	<b>Médico corresponde a tabulador contratado:</b>
ANDREA DEL CARMEN QUIROZ GARCIA	NO
<b>Diagnóstico:</b>	<b>Presupuesto autorizado:</b>
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 PARRADOS 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 PARRADOS NARIZ LABIOS; DIAMETRO DE LA LESION DE 0.5 CM O MENOS.		\$2,256.00

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
<b>Deductible:</b>	\$6,878.92
<b>Coaseguro honorarios médicos:</b>	\$676.80
<b>Coaseguro gastos de hospital:</b>	5.0%
<b>Coaseguro por nivel de atención:</b>	
<b>Participación adicional del asegurado:</b>	0%
<b>Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):</b>	5.0%
<b>Participación por padecimiento no cubierto:</b>	
<b>Participación por Código de Beneficio:</b>	
<b>Tope coaseguro:</b>	\$30,000.00
<b>Remanente coaseguro:</b>	\$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](http://gnp.com.mx) o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.