

HOSPITAL	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	FOLIO	2126000489
NOMBRE ASEGURADO	MARIA ELENA HERNANDEZ DE LA CRUZ	EDAD	45
No. PÓLIZA	40000083	No. CERTIFICADO	509
	FECHA ANTIGUEDAD		01/11/1999
NOMBRE DEL AGENTE	LECHE PARA EL BIENESTAR S.A. DE C.V.		
NOMBRE DEL CONTRATANTE	LICONSA S.A. DE C.V.		
DIAGNÓSTICO	CÁNCER DE MAMA IIB TRIPLE NEGATIVO	CIE 10	
		C50	
TRATAMIENTO	APLICACION QUIMIOTERAPIA	CPT-4	
		96410	
MÉDICO TRATANTE	ILEANA MAC KINNEY NOVELO		
FECHA	19/01/2026	FECHA ALTA EN LA SEGUADORA	4/19/2023

CONCEPTOS CUBIERTOS POR LA ASEGURADORA

CUARTO ESTANDAR

HONORARIOS MÉDICOS CIRUJANO 1	\$ 0.00	AYUDANTE 1	\$ 0.00	ANESTESIÓLOGO 1	\$ 0.00
CIRUJANO 2	\$ 0.00	AYUDANTE 2	\$ 0.00	ANESTESIÓLOGO 2	\$ 0.00
URGENCIAS	\$ 0.00	DÍA/HOSPITAL	\$ 0.00	PROCEDIMIENTOS	\$ 0.00
HONORARIOS DE CONSULTA	\$ 0.00	INTERCONSULTA ESPECIALIDAD	0.00	No. DIAS	0
SUMA ASEGURADA	50000				
IMPORTE CON LETRA	(CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)				

COASEGURO % 10.00

DEDUCIBLE \$ 0

GASTOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADO

1. Paquete de Admisión, Pantufilas/ sandalias y semejantes, CD o DVD de procedimientos, Shampoo, Cremas, Lociones, aceites de Bebe, Toallitas Húmedas, Pañales, Formula láctea de ningún tipo, Pasta dental, Cepillo de dientes, Rastrillo, y todo aquello relacionado a Cuidado y aseo Personal, Toallas femeninas, Llamadas Telefónicas, Renta de Películas o aparatos de Entretenimiento, Estacionamiento, Flores y alimentos de Acompañante, Pruebas de Compatibilidad, Estudios Serológicos en paquetes transfundidos, paquete globular o unidad trasfundida, Combs Directo e Indirecto, Medicamentos por Caja para su Domicilio vendidos por el hospital, Medicamentos antidepresivos e inductores del sueño, Cargo por valoración Farmacológica, No se cubre gasto por servicio, renta o equipo RPBI (bote rojo para punzocortantes), Lentes Intraoculares (catarata), Check Up, examines médicos, estudios no relacionados con el diagnostico, Multivitamínicos ni suplementos alimenticios, atención nutricional.

OBSERVACIONES

Carta de programación

Procede atención complemento de siniestro. Se autoriza aplicación de quimioterapia esquema una sesión DOXORRUBICINA 87 MG + CICLOFOSFAMIDA 870 MG.

Se podrá valorar la cobertura de pegfilgrastim siempre y cuando se presente justificación médica acompañada de los estudios que respalden su indicación.

***En programaciones subsecuentes favor de agregar cotización de esquema calendarización. ***

Honorarios medico no tabulados por aplicación de quimioterapia.

Aplica deducible \$ 0, coaseguro 10% por condiciones de póliza contratada.

No cubre gastos personales, los no relacionados, medicamentos a domicilio, estudios prequirúrgicos, valoración preoperatoria ni gastos del acompañante.

En caso de realizarse un procedimiento diferente o adicional al aquí autorizado o no relacionado al diagnóstico referido en el informe médico, latino seguros se reserva el derecho del pago directo y se retira la carta emitida invalidando la misma.



LILIA GUADALUPE CASTILLO SANCHEZ

ASESOR MÉDICO

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE RETIRAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CASO DE PRACTICARSE ALGÚN TRATAMIENTO O CIRUGÍA ADICIONAL NO AUTORIZADO

CARTA VIGENTE POR 30 DÍAS.

17688683071932126000489