

HOSPITAL	40000083	FOLIO	2126000489-C1
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	28/01/2026	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	43769				
IMPORTE CON LETRA	(CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS 00/100 M.N.)				

COASEGURO % **0.00**

DEDUCIBLE \$ **0**

GASTOS CUBIERTOS POR EL ASEGURADO

1. Paquete de Admisión, Pantuflas/ 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 COMPLEMENTO FOLIO 2126000489.



RAUL HERACLIO SALAZAR SUAREZ
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.

17696283922402126000489-C1