

HOSPITAL	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	FOLIO	2126001509
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.	SINIESTRO	2025-33046-07
NOMBRE DEL CONTRATANTE	LICONSA S.A. DE C.V.		
DIAGNÓSTICO	CÁNCER DE MAMA IIB TRIPLE NEGATIVO	CIE 10	
		C50	
TRATAMIENTO	2do ciclo de quimioterapia esquema una sesión DOXORRUBICINA87 MG + CICLOFOSFAMIDA 870 MG.	CPT-4	
		96410	
MÉDICO TRATANTE	ILEANA MAC KINNEY NOVELO		
FECHA	11/02/2026	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, 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, examenes 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 2do ciclo de quimioterapia esquema una sesión DOXORRUBICINA87 MG + CICLOFOSFAMIDA 870 MG.

Carta valida al 28/02/2026 posterior a la fecha mencionada favor de verificar estatus.

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 a domicilio, 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



**HUGO RODOLFO COLIN PEREZ**

**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.**

**17708379976332126001509**