

México, Ciudad de México, a 26 de Noviembre de 2025
14:35 hrs.

A: HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Apreciable Asegurado: **INGRID LOPEZ AVALOS**

Le compartimos el detalle del dictamen de su trámite de Gastos Médicos Mayores **1605959PC6**:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO AFECTADO

Asegurado:

INGRID LOPEZ AVALOS

Código del asegurado / Certificado:

0018751A

Contratante:

LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V.

Número de reclamación:

2025-01C34549 - 2

Póliza:

05-601784

Número de folio:

1605959PC6

Plan:

PREMIER 300 OMNIA MM COL.

Número de transacción:

SIGPRC251124000458

DATOS DEL PADECIMIENTO

Hospital:

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES

Fecha planeada de ingreso:

27/11/2025

Médico tratante:

JOSE JOAQUIN DIAZ LOPEZ

Médico corresponde a tabulador contratado:

NO

Diagnóstico:DEFORMORMACION ADQUIRIDA DE DEDO GORDO DEL
PIE**Presupuesto autorizado:**

\$60,000.00

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	CORRECCION HALLUX VALGUS (BUNIO) CON O SIN SESAMOIDECTOMIA CON OSTEOTOMIA METATARSIANA. (PROCEDIMIENTOS TIPO MITCHELL CHEVRON O CONCENTRICA).	(CX) DIAZ LOPEZ JOSE JOAQUIN	\$33,945.00
PRIMER AYUDANTE	CORRECCION HALLUX VALGUS (BUNIO) CON O SIN SESAMOIDECTOMIA CON OSTEOTOMIA METATARSIANA. (PROCEDIMIENTOS TIPO MITCHELL CHEVRON O CONCENTRICA).		\$6,789.00
ANESTESIOLOGO	CORRECCION HALLUX VALGUS (BUNIO) CON O SIN SESAMOIDECTOMIA CON OSTEOTOMIA METATARSIANA. (PROCEDIMIENTOS TIPO MITCHELL CHEVRON O CONCENTRICA).		\$10,184.00

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

	Importe
Deducible:	\$10,318.38
Coaseguro honorarios médicos:	\$5,091.80
Coaseguro gastos de hospital:	10.0%
Coaseguro por nivel de atención:	
Participación adicional del asegurado:	0%
Coaseguro gastos fuera de hospital (Clínicas):	10.0%
Participación adicional 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:

SOLO SE CUBRE LO AUTORIZADO PARA AMBAS PIERNAS A PARTIR DEL DIA DE INGRESO. GASTOS EXTRAS A CARGO DEL ASEGURADO NO REEMBOLSABLES. REVALORACION DE HM CON NOTA POSTQX VIA RH

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.