

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **433018 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **09/12/2025** Hora: **23:10:00 HRS**
DD MM AAAA

Nombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.** RFC: **OHA051017KE7R**

Nombre del Paciente: **ROSALES GUTIERREZ KARLA JESSICA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **28/01/1991** Edad: **34 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URE** ICD: **N13.0**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J** CPT: **52332**

Médico Tratante: **ISRAEL AMADO YAIR MUÑOZ CONTRERAS** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00025023712** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID SEGURO** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----229503** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **ROSALES GUTIERREZ KARLA JESSICA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **87,551.12**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 12/100 MN.**

Deducible: \$ **0.00** Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 MN.**

Coaseguro: **0.00 %** % correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **0.00** Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 MN.**

Observaciones: **PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE SINIESTRO POR ENFERMEDAD: UROPATÍA OBSTRUCTIVA DERECHA SECUNDARIA A ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETEROPIÉLICA IPSILATERAL, APLICA SIN DEDUCIBLE (CUBIERTO) NI COASEGURO (POR CGP) || SE AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS POR LA SUMA ASEGURADA REMANENTE**

Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: **MONTERREY, NUEVO LEÓN, A SÁBADO 13 DICIEMBRE 2025 10:46:37 HRS.**

Médico Dictaminador
Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.
Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte
ANDREA ESTRADA ROMERO
Nombre y Firma

Asegurado y/o Familiar

Nombre y Firma

Recibe Hospital

HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma