



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 AAAANombre 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**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**
DD MM AAAAIdentificado con: **ID SEGURO**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**

DD MM AAAA

Certificado No.: **-----229503****- 0**No. del SubGrupo: **1**Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **ROSALES GUTIERREZ KARLA JESSICA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **87,551.12**Cantidad con Letra: **OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 12/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

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 COASEGRO (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

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte**ANDREA ESTRADA ROMERO**

Nombre y Firma

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL