

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓNOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433354 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC,** Fecha de Ingreso: **13/12/2025** DD MM AAAAHora: **09:09:31 HRS**Nombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.**RFC: **OHA051017KE7R**Nombre del Paciente: **SANCHEZ ESCAMILLA OSCAR**Parentesco con el Asegurado: **CONYUGE**Fecha de Nacimiento: **03/08/1985** DD MM AAAA Edad: **40** AÑOS Sexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**Diagnóstico: **DESVIACION DEL TABIQUE NASAL**ICD: **J34.2**Tratamiento: **SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL C** CPT: **30520**Médico Tratante: **ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **25028186**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **122413**Vigencia: **31/12/2025**
DD MM AAAAIdentificado con: **CARTA PASE/INE**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**
DD MM AAAACertificado No.: **-----96173**

- 1

No. del SubGrupo: **692**Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **RUGERIO SANCHEZ VERONICA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **103,538.09**Cantidad con Letra: **CIENTO TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 09/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ **12,038.11**Cantidad con Letra: **DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 MN.**Coaseguro: **10.00 %**

% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **2251.20**Cantidad con Letra: **DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 2/100 MN.**

Observaciones:

PROCEDE INICIAL. APLICA DEDUCIBLE. CON COASEGRO DEL 10% POR PADECIMIENTO DE NARIZ. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 241125803187. DESVIOS EN WEECLAIMS.

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 DOMINGO 14 DICIEMBRE 2025 08:53:55 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**VIRIDIANA PRADO PELAEZ**

Nombre y Firma

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