

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **433354 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:**HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO**Fecha de Ingreso:**13/12/2025** Hora:**09:09:31 HRS**

DD MM AAAA

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** Edad: **40 AÑOS** Sexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**

DD MM AAAA

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**Identificado con: **CARTA PASE/INE**Estatus: **EN VIGOR**

DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**Certificado No.: **-----96173**- **1**No. del SubGrupo: **692**

DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **RUGERIO SANCHEZ VERONICA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **103,538.09**

Cargo a Cuenta del AseguradoCantidad con Letra: **CIENTO TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 09/100 MN.**

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 COASEGURO DEL 10% POR PADECIMIENTO DE NARIZ. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 241125803187. DESVÍOS 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
Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.
Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte
VIRIDIANA PRADO PELAEZ
Nombre y Firma

Asegurado y/o Familiar

Nombre y Firma

Recibe Hospital

HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma