

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433354 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **13/12/2025** Hora: **09:31:00 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** 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**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico: CPT: Suma Autorizada: \$ **5,103.00**

YANILA DEL VALLE CAMINO DIAZ Cantidad con Letra: **CINCO MIL CIENTO TRES PESOS 0/100 MN.**

ANESTESIOLOGO

Observaciones: **SE OTORGAN HONORARIOS DE ACUERDO CON TBAULADOR CONTRATADO DR. SANCHEZ MARTINEZ Y EQUIPO MEDICO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 241125803187.**

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 08:57:56 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