

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 433351 / 2

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRESEstado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICOFecha de Ingreso: 13/12/2025 Hora: 08:59:00 HRS

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

Nombre del Paciente: PICHARDO GARCIA AZAELParentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 19/07/2003 Edad: 22 AÑOS Sexo: MASCULINO Causa de Internamiento: ACCIDENTE

Diagnóstico: OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICALICD: M50.8

Tratamiento: CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO/VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICPT: 99261

Médico Tratante: SINUHE PEREZ NAZARRed: NO Staff: NO Endoso: SI

Tipo de Siniestro: INICIALNo. Siniestro: 25028203Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 107813Vigencia: 31/12/2025 Identificado con: ID Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024 Certificado No.: -----246463 - 0No. del SubGrupo: 5481

Contratante: CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERALTitular: PICHARDO GARCIA AZAEL

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ 43,203.61

Cargo a Cuenta del AseguradoCantidad con Letra: CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TRES PESOS 61/100 MN.

Deducible: \$ 8,598.65Cantidad con Letra: OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 MN.

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

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

Observaciones:PROCEDE SINIESTRO COMO ACCIDENTE, APLICA DED, SIN COA. DESVIOS: OMEPRAZOL, TERMOMETRO. HM AUTORIZADOS Y TABULADOS. VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO/INVASIVO.

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 18:17:14 HRS.

Médico DictaminadorAsegurado y/o FamiliarRecibe Hospital

Departamento de IndemnizacionesGastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.Grupo Financiero Banorte

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y FirmaNombre y FirmaNombre y Firma