



Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

433351 / 2

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **13/12/2025** Hora: **08:59:00 HRS**
DD MM AAAANombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.**RFC: **OHA051017KE7R**Nombre del Paciente: **PICHARDO GARCIA AZAEL**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**Fecha de Nacimiento: **19/07/2003** Edad: **22 AÑOS** Sexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ACCIDENTE**

DD MM AAAA

Diagnóstico: **OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL**ICD: **M50.8**Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO/VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: 99261**Médico Tratante: **SINUHE PEREZ NAZAR**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **25028203**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **107813**Vigencia: **31/12/2025**
DD MM AAAAIdentificado con: **ID**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**

DD MM AAAA

Certificado No.: **-----246463**

- 0

No. del SubGrupo: **5481**

DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **PICHARDO GARCIA AZAEL**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **43,203.61**Cantidad con Letra: **CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TRES PESOS 61/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ **8,598.65**Cantidad 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: \$ **0.00**Cantidad 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 Dictaminador

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte**JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS**

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