

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN

Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

433576 / 1

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **16/12/2025** Hora: **07:30:00 HRS**
DD MM AAAANombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.**RFC: **OHA051017KE7R**Nombre del Paciente: **FERREIRO MELO LUIS FELIPE**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**Fecha de Nacimiento: **05/02/1984**
DD MM AAAAEdad: **41** AÑOSSexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON**ICD: **N20.0**Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J**CPT: **52332**Médico Tratante: **DAVID ALEJANDRO MARTINEZ VALERIANO**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO**No. Siniestro: **25025889**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113**Vigencia: **31/12/2025**
DD MM AAAAIdentificado con: **CARTA PASE**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**
DD MM AAAACertificado No.: **-----73993****- 0**No. del SubGrupo: **1**Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **FERREIRO MELO LUIS FELIPE**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **184,603.60**Cantidad con Letra: **CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TRES PESOS 6/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ **0.00**Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 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:

SE AUTORIZA GASTO HOSPITALARIO Y HONORARIOS MEDICOS //ESTA CARTA CANCELA LA CARTA PASE//
PROCEDE SEGÚN CARTA PASE**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 JUEVES 18 DICIEMBRE 2025 01:15:40 HRS.**

Médico Dictaminador

LEANDRO EDUARDO RAMÍREZ SILVA

Nombre y Firma

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL