

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMENFolio: **433499 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **15/12/2025** Hora: **12:52:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **14/01/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **GOTA, NO ESPECIFICADA** ICD: **M10.9**

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

Médico Tratante: **FRANCISCO JAVIER VEGA PINKNEY** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00025028698** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----240083** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:

CPT:

Suma Autorizada: \$ **10,200.00****VEGA PINKNEY FRANCISCO JAVIER****99281**Cantidad con Letra: **DIEZ MIL DOSCIENTOS PESOS 0/100 MN.****99261**CONSULTA(S)
MEDICA(S)

Observaciones: **INGRESO HOSPITALARIO 15.12.2025 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. VEGA PINKNEY FRANCISCO JAVIER POR ATENCION DE URGENCIAS Y 4 DIAS DE SEGUIMIENTO MEDICO AL 19.12, APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%.**

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 23:41:34 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte**SAID URBINA TERAN**

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL