

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN

Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

433499 / 3

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **15/12/2025 DD MM AAAA** Hora: **12:52:00 HRS**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 DD MM AAAA** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**Diagnóstico: **GOTA, NO ESPECIFICADA**ICD: **M10.9**Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO VO.BO. CPT 99261, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUI CPT: 99261**Médico Tratante: **FRANCISCO JAVIER VEGA PINKNEY**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **00025028698**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113**Vigencia: **31/12/2025 DD MM AAAA**Identificado con: **INE**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024 DD MM AAAA**Certificado No.: **-----240083**- **0**No. del SubGrupo: **1**Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **219.41**Cantidad con Letra: **DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS 41/100 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:

CARTA COMPLEMENTO QUE CUBRE MONTO TOTAL EROGADO || DESVÍOS: TOALLA CAVILON, TERMOMETRO, ORINAL, RECOLECTOR DE PUNZOCORTANTES, AC.ANTI-NUCLEARES IF, FACTOR REUMATOIDE, FRACCION COMPLEMENTO C3 Y C4, AC.ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS, AC.ANTI-VIH, HEPATITIS C Y HEPATITIS B.

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 VIERNES 19 DICIEMBRE 2025 13:26:54 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**ANDREA ESTRADA ROMERO**

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