

CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433844 / 4**

## DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/12/2025** Hora: **16:20:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **JUAREZ CORTES XIMENA** Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

Fecha de Nacimiento: **04/10/2003** Edad: **22 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES** ICD: **J34.3**

Tratamiento: **RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO** CPT: **30140**

Médico Tratante: **CARLA PAOLA PEREZ URIBE** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **13804426** Ramo: **1035**

## DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **9900103** Vigencia: **15/03/2026** Identificado con: **CARTA PASE/INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **15/03/2025** Certificado No.: **0000000000007** - **3** No. del SubGrupo: **2**  
DD MM AAAA

Contratante: **REIMATE LINCE S.A.P.I DE C.V** Titular: **JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO**

## HONORARIOS MÉDICOS

Médico: CPT: Suma Autorizada: \$ **3,411.00**

**HUGO GOMEZ VILLEGAS** Cantidad con Letra: **TRES MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS  
0/100 MN.**

ANESTESIOLOGO

Observaciones: **SE OOTRGNA HONROARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426.**

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 14:35:04 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.

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

**VIRIDIANA PRADO PELAEZ**

Nombre y Firma

CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433844 / 3**

## DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/12/2025** Hora: **16:20:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **JUAREZ CORTES XIMENA** Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

Fecha de Nacimiento: **04/10/2003** Edad: **22 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES** ICD: **J34.3**

Tratamiento: **RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO** CPT: **30140**

Médico Tratante: **CARLA PAOLA PEREZ URIBE** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **13804426** Ramo: **1035**

## DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **9900103** Vigencia: **15/03/2026** Identificado con: **CARTA PASE/INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **15/03/2025** Certificado No.: **0000000000007** - **3** No. del SubGrupo: **2**  
DD MM AAAA

Contratante: **REIMATE LINCE S.A.P.I DE C.V** Titular: **JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO**

## HONORARIOS MÉDICOS

Médico:

CPT:

Suma Autorizada: \$ **2,274.00****MARCO ANTONIO RAMOS OLIVE****30140**Cantidad con Letra: **DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 0/100 MN.**

AYUDANTE

Observaciones: **SE OOTRGNA HONROARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426.****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 14:35:04 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte**VIRIDIANA PRADO PELAEZ**

Nombre y Firma

CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433844 / 2**

## DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/12/2025** Hora: **16:20:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **JUAREZ CORTES XIMENA** Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

Fecha de Nacimiento: **04/10/2003** Edad: **22 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES** ICD: **J34.3**

Tratamiento: **RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO** CPT: **30140**

Médico Tratante: **CARLA PAOLA PEREZ URIBE** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **13804426** Ramo: **1035**

## DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **9900103** Vigencia: **15/03/2026** Identificado con: **CARTA PASE/INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **15/03/2025** Certificado No.: **0000000000007** - **3** No. del SubGrupo: **2**  
DD MM AAAA

Contratante: **REIMATE LINCE S.A.P.I DE C.V** Titular: **JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO**

## HONORARIOS MÉDICOS

Médico:

CPT:

Suma Autorizada: \$ **11,370.00****30140**Cantidad con Letra: **ONCE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS  
0/100 MN.**

CIRUJANO

Observaciones: **SE OOTRGNA HONROARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426.**

**Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.**

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 14:35:04 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte**VIRIDIANA PRADO PELAEZ**

Nombre y Firma

HOSPITAL



Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

433844 / 1

## DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

 Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**

 Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/12/2025** Hora: **16:20:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

 RFC: **OHA051017KE7R**

 Nombre del Paciente: **JUAREZ CORTES XIMENA**

 Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

 Fecha de Nacimiento: **04/10/2003**  
DD MM AAAA

 Edad: **22** AÑOS

 Sexo: **FEMENINO**

 Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**

 Diagnóstico: **HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES**

 ICD: **J34.3**

 Tratamiento: **RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO**

 CPT: **30140**

 Médico Tratante: **CARLA PAOLA PEREZ URIBE**

 Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

 Tipo de Siniestro: **INICIAL**

 No. Siniestro: **25026893**

 Ramo: **1035**

## DATOS DE LA PÓLIZA

 Póliza No.: **9900103**

 Vigencia: **15/03/2026**  
DD MM AAAA

Identificado con:

**CARTA PASE/INE**

 Estatus: **EN VIGOR**

 Fecha de Alta de la Póliza: **15/03/2025**  
DD MM AAAA

 Certificado No.: **0000000000007**

- 3

 No. del SubGrupo: **2**

 Contratante: **REIMATE LINCE S.A.P.I DE C.V**

 Titular: **JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO**

## DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

 Suma Autorizada: **\$ 84,897.28**

 Cantidad con Letra: **OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS 28/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

 Deducible: **\$ 8,000.00**

 Cantidad con Letra: **OCHO MIL PESOS 0/100 MN.**

 Coaseguro: **10.00 %**

% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

 Coaseguro Hon: **\$ 1705.50**

 Cantidad con Letra: **UN MIL SETECIENTOS CINCO PESOS 5/100 MN.**

Observaciones:

PROCEDE INICIAL. APLICA DEDUCIBLE. CON OASEGURO DEL 10%. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426. DESVÍA EN WEECLAIMS.

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 14:32:39 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

**VIRIDIANA PRADO PELAEZ**

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