

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN


Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 433861 / 2

## DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

 Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, Fecha de Ingreso: 18/12/2025  
DD MM AAAA

Hora: 23:10:00 HRS

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

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

 Fecha de Nacimiento: 29/12/1980  
DD MM AAAA

Edad: 45 AÑOS

Sexo: MASCULINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: LARINGITIS AGUDA

ICD: J04.0

Tratamiento: LARINGOSCOPIA

CPT: 31535

Médico Tratante: JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO

Red: NO Staff: NO Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028845

Ramo: 1036

## DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 122813

 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.: -----8869

- 0

No. del SubGrupo: 126

Contratante: TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION Titular: ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO

## DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ 60,801.43

Cantidad con Letra: SESENTA MIL OCHOCIENTOS UNO PESOS 43/100 MN.

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ 12,038.11

Cantidad con Letra: DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 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 COBERTURA POR GASTOS HOSPITALARIOS.

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 LUNES 22 DICIEMBRE 2025 05:13:29 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

ANA KAREN SANDOVAL PEREZ

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