

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN


Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

434249 / 4

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

 Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, Fecha de Ingreso: 24/12/2025 Hora: 07:24:00 HRS
DD MM AAAA

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

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: CORNEJO TREJO ISABEL

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 29/07/1980 Edad: 45 AÑOS Sexo: FEMENINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

DD MM AAAA

Diagnóstico: DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

ICD: J34.2

Tratamiento: SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL C CPT: 30520

Médico Tratante: ALDO ESTRADA HERRERA

Red: NO Staff: NO Endoso: SI

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028607

Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 100113

 Vigencia: 31/12/2025
DD MM AAAA

Identificado con: CP

Estatus: EN VIGOR

 Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024
DD MM AAAA

Certificado No.: 215681

- 0

No. del SubGrupo: 1

DD MM AAAA

Contratante: CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

Titular: CORNEJO TREJO ISABEL

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ 75,939.00

Cantidad con Letra: SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS 0/100 MN.

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ 8,598.65

Cantidad con Letra: OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 MN.

Coaseguro: 10.00 %

% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ 2551.50

Cantidad con Letra: DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 5/100 MN.

Observaciones:

SE CUBRE GASTO HOSPITALARIO, APLICA DEDUCIBLE Y COASEGURO DEL 10% CON TOPE DE \$30,000. DESVÍOS EN WEE CLAIMS.

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 MIÉRCOLES 24 DICIEMBRE 2025 18:24:37 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

CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ

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