



Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

434546 / 1

## DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **29/12/2025** Hora: **19:18:00 HRS**  
DD MM AAAANombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.**RFC: **OHA051017KE7R**Nombre del Paciente: **HERNANDEZ HERNANDEZ OMAR**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**Fecha de Nacimiento: **26/11/1995**  
DD MM AAAAEdad: **30** AÑOSSexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**Diagnóstico: **INFLUENZA CON NEUMONIA, DEBIDA A VIRUS DE LA**ICD: **J10.0**Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO**CPT: **99261**Médico Tratante: **ATZALON KEINN MONTERUBIO RETANA**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **26000107**Ramo: **1036**

## DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113**Vigencia: **31/12/2025**  
DD MM AAAAIdentificado con: **INE**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**  
DD MM AAAACertificado No.: **-----235068**

- 0

No. del SubGrupo: **1**Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **HERNANDEZ HERNANDEZ OMAR**

## DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **70,545.21**Cantidad con Letra: **SETENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS 21/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ **8,598.65**Cantidad con Letra: **OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 MN.**Coaseguro: **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. DESVIOS: EPISODIO: 1501270102

**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 31 DICIEMBRE 2025 16:01:41 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

**HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL