

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN

Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

434695 / 1

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **02/01/2026** Hora: **22:22:01 HRS**
DD MM AAAANombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.**RFC: **OHA051017KE7R**Nombre del Paciente: **FERREIRO MELO LUIS FELIPE**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**Fecha de Nacimiento: **05/02/1984**
DD MM AAAAEdad: **41** AÑOSSexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER**ICD: **N20**Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO, CALCULO, O REMOCION DE CATETER DI** CPT: **52310**Médico Tratante: **DAVID ALEJANDRO MARTÍNEZ VALERIANO**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO**No. Siniestro: **00025028577**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **107813**Vigencia: **31/12/2025**
DD MM AAAAIdentificado con: **ID SEGURO**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**
DD MM AAAACertificado No.: **-----73993**- **0**No. del SubGrupo: **1511**Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **FERREIRO MELO LUIS FELIPE**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **241,756.11****DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS 11/100**Cantidad con Letra: **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:

PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE SINIESTRO POR ENFERMEDAD. SE AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS; APLICA SIN DEDUCIBLE NI COASEGRO, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS (POR AJUSTE A TABULADOR), DESVÍOS: TERMÓMETRO, ORINAL, USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES, MICRONDACYN, MEMORIA USB.

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 JUEVES 08 ENERO 2026 12:19:59 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