


CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS
Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **435737 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **23/01/2026** Hora: **09:09:15 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **LOPEZ ZAMORA JULIO CESAR** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **08/06/1981** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARE** ICD: **M51.0**

Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO/VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO** CPT: **99261**

Médico Tratante: **NOE DIMAS URIBE** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26001520** Ramo: **1034**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **714** Vigencia: **01/09/2026** Identificado con: **ID SEGURO** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **01/09/2025** Certificado No.: **0000010129073** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **AFORE XXI BANORTE, S.A. DE C.V.** Titular: **LOPEZ ZAMORA JULIO CESAR**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico: NOE DIMAS URIBE	CPT: 99281 99261	Suma Autorizada: \$ 3,444.00 Cantidad con Letra: TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS 0/100 MN.
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Observaciones: **SE AUTORIZAN HM DE DR DIMAS/SE AJUSTA, PROCEDE UNA URG + CN. VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO/INVASIVO.**

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 SÁBADO 24 ENERO 2026 20:39:03 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones

Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS

Nombre y Firma

HOSPITAL