

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN

Oficina:

CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio:

435737 / 2

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **23/01/2026** Hora: **09:15:00 HRS**
DD MM AAAANombre 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**
DD MM AAAAEdad: **44** AÑOSSexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**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**
DD MM AAAAIdentificado con: **ID SEGURO**Estatus: **EN VIGOR**Fecha de Alta de la Póliza: **01/09/2025**
DD MM AAAACertificado No.: **0000010129073**

- 0

No. del SubGrupo: **1**Contratante: **AFORE XXI BANORTE, S.A. DE C.V.**Titular: **LOPEZ ZAMORA JULIO CESAR**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **44,053.51**Cantidad con Letra: **CUARENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y TRES PESOS 51/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Deducible: \$ **6,878.92**Cantidad con Letra: **SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS 92/100 MN.**Coaseguro: **10.00 %**

% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **344.40**Cantidad con Letra: **TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS 4/100 MN.**Observaciones: **PROCEDE SINIESTRO, APLICA DED Y COA CONTRATADO, TOPE DE COA: \$20,000. DESVIOS: ORINAL, HM AUTORIZADOS Y TABULADOS. 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 20:42:37 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**JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS**

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