

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 DD MM AAAA	Hora:	09:15:00 HRS		
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 DD MM AAAA	Edad:	44 AÑOS	Sexo:	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 QUIRÚRGICPT: 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 AAAA	Identificado con:	ID SEGURO	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	01/09/2025 DD MM AAAA	Certificado 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	
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: CUARENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y TRES PESOS 51/100 MN.	
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		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma