

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436005 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **28/01/2026** Hora: **07:07:33 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **LIMA GARCIA DANIELA** Parentesco con el Asegurado: **CONYUGE**

Fecha de Nacimiento: **06/08/1997** Edad: **28 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **OTROS TRASTORNOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS P** ICD: **J34**

Tratamiento: **SEPTOPLASTIA** CPT: **30520**

Médico Tratante: **ALDO ESTRADA HERRERA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00025026483** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100613** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID SEGURO** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----61722 - 1** No. del SubGrupo: **4**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **LARA BAZA JONATAN EDUARDO**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **70,371.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **SETENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS 0/100 MN.**

Deducible: \$ **12,038.11** Cantidad con Letra: **DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 MN.**

Coaseguro: **10.00 %** % correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **2551.50** Cantidad con Letra: **DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 5/100 MN.**

Observaciones: **CARTA QUE ELIMINA Y SUSTITUYE AL FOLIO: EVENTO PROCEDENTE APLICA CON DEDUCIBLE Y CON COASEGURO. SIN DESVIOS EN CUENTA HOSPITALARIA.**

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 28 ENERO 2026 15:59:54 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

DAVID RUIZ PALACIOS

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma