

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	438835 / 1
----------	------------------------------------	--------	-------------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	13/03/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	20:20:17 HRS	
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R			
Nombre del Paciente:	VAZQUEZ HERNANDEZ OSCAR		Parentesco con el Asegurado:	CONYUGE				
Fecha de Nacimiento:	01/05/1973 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	52 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD	
Diagnóstico:	FISTULA ANORRECTAL			ICD:	K60.5			
Tratamiento:	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISTULA ANAL (FISULECTOMIA/ FISTULOTOMIA); SUBMUSCULAR			CPT:	46275			
Médico Tratante:	MARTINEZ HERRERA ADRIAN		Red:	SI	Staff:	NO	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	26004783	Ramo:	1036			

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100613	Vigencia:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	ID	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----28596	-	1	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION			Titular:	HERNANDEZ MEDINA CATALINA		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	62,914.00
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS 0/100 MN.
Deducible: \$	12,038.11
Coaseguro: 0.00 %	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon: \$	0.00
	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.

Observaciones:	SE AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS, SINIESTRO INICIAL, APLICA DEDUCIBLE, INICIO JULIO 2025, APLICA CONDICIONES DE 2025. NO APLICA COASEGUROS POR HOSPITAL C. DESVIOS EN PREALTA.
----------------	--

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 14 MARZO 2026 20:31:49 HRS.**

Médico Dictaminador Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores. Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO Nombre y Firma	Asegurado y/o Familiar Nombre y Firma	Recibe Hospital HOSPITAL ANGELES LONDRES Nombre y Firma
--	--	--