

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN** Folio: **438835 / 5**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **13/03/2026** Hora: **20:17:00 HRS**
DD MM AAAA

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** Edad: **52 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

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: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004783** 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.: **-----28596 - 1** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **HERNANDEZ MEDINA CATALINA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **15,395.94**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **QUINCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 94/100 MN.**

Deducible: \$ **0.00** Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 MN.**

Coaseguro: **0.00 %** % correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **0.00** Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 MN.**

Observaciones: **PROCEDE AUMENTO DE SUMA, PARA CUBRIR EDO DE CUENTA FINAL. DESVIOS: PANTOZOL, MEDIA TED, TERMOMETRO, OMEPRAZOL. HM AUTORIZADOS Y TABULADOS.**

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 DOMINGO 15 MARZO 2026 13:49:39 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	Asegurado y/o Familiar Nombre y Firma	Recibe Hospital HOSPITAL ANGELES LONDRES Nombre y Firma
--	--	--