

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN** Folio: **438662 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **11/03/2026** Hora: **23:23:06 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ORTEGA HERNANDEZ TERESA** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **15/05/1955** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HEMORROIDES** ICD: **I84**

Tratamiento: **COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ANGULO ESPLENICO; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE** CPT: **45380**

Médico Tratante: **JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004819** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **108913** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE/POLIZA** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28149 - 4** No. del SubGrupo: **309**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **GARCIA ORTEGA OSVALDO CESAR**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **74,685.43**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 43/100 MN.**

Deducible: \$ **16,047.99** Cantidad con Letra: **DIECISEIS MIL CUARENTA Y SIETE PESOS 99/100 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 INICIAL, APLICA DEDUCIBLE, SIN COASEGURO. DESVIOS EN WEECLAIMS.**

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 15:13:29 HRS.**

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