BANORTE | SEGUROS

INDEMNIZACIONES GASTOS MÉDICOS MAYORES

(PAGO DIRECTO HOSPITALIZACION)

CARTA AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN

Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	439137 / 1

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **19/03/2026** (DD MM AAAA) Hora: **11:23:00 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** (DD MM AAAA) 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: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **26004783** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100614** Vigencia: **31/12/2026** (DD MM AAAA) Identificado con: **ID SEGURO** Estatus: **EN VIGOR**

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2025** (DD MM AAAA) Certificado No.: **---------28596 - 1** No. del SubGrupo: **1**

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

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: $ **130,361.89**

Cargo a Cuenta del Asegurado — Cantidad con Letra: **CIENTO TREINTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UNO PESOS 89/100 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 COMO COMPLEMENTO DE SINIESTRO, SE AUTORIZA CARTA PARA PAGO DE GASTOS HOSPITALRIOS, NO APLICA COASEGURO POR HOSPITAL TIPO C, DESVIOS: MEDIA TED, PROTECTOR, TERMOMETRO, PANAL, CUTIMED, MICRODACYN, TRANSPORE,

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 MARTES 24 MARZO 2026 13:59:38 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		
BRENDA PATRICIA CANSECO VAZQUEZ		**HOSPITAL ANGELES LONDRES**
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma