

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	<b>CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN</b>	Folio:	<b>439986 / 1</b>
----------	------------------------------------	--------	-------------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	<b>HOSPITAL ANGELES LONDRES</b>	Estado:	<b>ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO</b>	Fecha de Ingreso:	<b>31/03/2026</b> <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	<b>21:21:13 HRS</b>
Nombre Fiscal:	<b>OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.</b>			RFC:	<b>OHA051017KE7R</b>		
Nombre del Paciente:	<b>PEREZ BLANQUEL MARY CARMEN</b>			Parentesco con el Asegurado:	<b>TITULAR</b>		
Fecha de Nacimiento:	<b>07/02/1989</b> <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	<b>37 AÑOS</b>	Sexo:	<b>FEMENINO</b>	Causa de Internamiento:	<b>ACCIDENTE</b>
Diagnóstico:	<b>TRAUMATISMOS MULTIPLES NO ESPECIFICADOS</b>				ICD:	<b>T07</b>	
Tratamiento:	<b>CONSULTA PROFESIONAL VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO/INVASIVO.</b>				CPT:	<b>99261</b>	
Médico Tratante:	<b>GUSTAVO ANAYA DELGADILLO</b>			Red:	<b>NO</b>	Staff:	<b>NO</b>
Tipo de Siniestro:	<b>INICIAL</b>	No. Siniestro:	<b>26006115</b>	Ramo:	<b>1036</b>		

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	<b>100114</b>	Vigencia:	<b>31/12/2026</b> <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	<b>INE/POLIZA</b>	Estatus:	<b>EN VIGOR</b>
Fecha de Alta de la Póliza:	<b>31/12/2025</b> <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	<b>-----205581</b>	-	<b>0</b>	No. del SubGrupo:	<b>1</b>
Contratante:	<b>ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL</b>			Titular:	<b>PEREZ BLANQUEL MARY CARMEN</b>		

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$	<b>58,547.02</b>
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: <b>CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS 02/100 MN.</b>
Deducible: \$	<b>8,915.55</b>
Coaseguro: <b>0.00 %</b>	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon: \$	<b>0.00</b>
Observaciones:	<b>PROCEDE INICIAL, APLICA DEDUCIBLE, DEVIOS EN WEECLAIMS. SE CUBRE EVENTO AGUSO, EN ASO DE EROGAR GASTOS POR DATOS RONICOS MOSTADOS EN ESTUDIOS ESTOS SERAN VALORADOS EN SINIESTRO INDEPENDIENTE.</b>

**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 JUEVES 02 ABRIL 2026 08:36:23 HRS.**

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