BANORTE | SEGUROS

INDEMNIZACIONES GASTOS MÉDICOS MAYORES

(PAGO DIRECTO HOSPITALIZACION)

CARTA AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN

Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	440470 / 2

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **11/04/2026** (DD MM AAAA) Hora: **09:28:00 HRS**

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

Nombre del Paciente: **HAU GONZALEZ PAULINA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **05/10/1988** (DD MM AAAA) Edad: **37 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **EMBARAZO**

Diagnóstico: **ESTADO DE EMBARAZO, INCIDENTAL** ICD: **Z33**

Tratamiento: **SOLAMENTE PARTO POR CESAREA; INCLUYENDO ATENCION POSTPARTO** CPT: **59515**

Médico Tratante: **MAGDALENA CRUZ LUNA** Red: **NO** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26005065** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100114** Vigencia: **31/12/2026** (DD MM AAAA) Identificado con: **CARTA PASE** Estatus: **EN VIGOR**

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2025** (DD MM AAAA) Certificado No.: **-------214865 - 0** No. del SubGrupo: **1**

Contratante: **ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL** Titular: **HAU GONZALEZ PAULINA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: $ **255.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado — Cantidad con Letra: **DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS 0/100 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: SE AUTORIZA GASTO HOSPITALARIO // SUMA MATERNIDAD CON SUMA TOPE A 30 UMAM = $106,986.60 MN (SUMA TOPADA INCLUYENDO HONORARIOS MEDICOS)//SUMA REMANENTE INSUFICIENTE PARA TABULACION DE HONORARIOS //HONORARIOS MEDICOS VALORAR VIA REEMBOLSO CON SUMA REMANENTE

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 LUNES 13 ABRIL 2026 19:41:13 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		
ALEJANDRA GUADALUPE SALAS GRANADOS		**HOSPITAL ANGELES LONDRES**
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma