

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	440470 / 1
----------	------------------------------------	--------	-------------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	11/04/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	09:09:28 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 <small>DD MM AAAA</small>	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:	NO
				Endoso:	SI		
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	26005065	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100114	Vigencia:	31/12/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	CP 130326903403	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----214865		- 0	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL			Titular:	HAU GONZALEZ PAULINA		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	74,679.88	Cantidad con Letra:	SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS 88/100 MN.
Cargo a Cuenta del Asegurado		Cantidad con Letra:	OCHO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS 55/100 MN.
Deducible: \$	8,915.55		
Coaseguro:	0.00 %	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)	
Coaseguro Hon:	\$0.00	Cantidad con Letra:	CERO PESOS 0/100 MN.
Observaciones:	<p>PROCEDE COMO INICIAL, ESTA CARTA ANULA Y SUSTITUYE CARTA PASE 130326903403, SE AUTORIZA CARTA PARA PAGO DE GASTOS HOSPITALARIOS, APLICA DEDUCIBLE DE \$8,915.55 SIN COASEGURO POR HOSPITAL TIPO C, DESVIOS Y HONORARIOS MEDICOS AL EGRESO SUJETO A SUMA REMANENTE</p>		

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 17:11:43 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 Nombre y Firma	_____ Nombre y Firma	HOSPITAL ANGELES LONDRES _____ Nombre y Firma