

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433354 / 1
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	13/12/2025 DD MM AAAA	Hora:	09:09:31 HRS		
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	SANCHEZ ESCAMILLA OSCAR			Parentesco con el Asegurado:	CONYUGE				
Fecha de Nacimiento:	03/08/1985 DD MM AAAA	Edad:	40 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD		
Diagnóstico:	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL			ICD:	J34.2				
Tratamiento:	SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL C			CPT:	30520				
Médico Tratante:	ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ			Red:	NO	Staff:	NO	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	25028186	Ramo:	1036				

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	122413	Vigencia:	31/12/2025 DD MM AAAA	Identificado con:	CARTA PASE/INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 DD MM AAAA	Certificado No.:	-----96173	-	1	No. del SubGrupo:	692
Contratante:	CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL			Titular:	RUGERIO SANCHEZ VERONICA		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	103,538.09	
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: CIENTO TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 09/100 MN.	
Deducible: \$	12,038.11	Cantidad con Letra: DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 MN.
Coaseguro:	10.00 %	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon:	\$2251.20	Cantidad con Letra: DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 2/100 MN.
Observaciones:	PROCEDE INICIAL. APLICA DEDUCIBLE. CON COASEGURO DEL 10% POR PADECIMIENTO DE NARIZ. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 241125803187. DESVÍOS 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 14 DICIEMBRE 2025 08:53:55 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		
<u>VIRIDIANA PRADO PELAEZ</u>		<u>HOSPITAL ANGELES LONDRES</u>
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma