

CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433354 / 3
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN												
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	13/12/2025	DD MM AAAA	Hora:	09:31:00 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	Edad:	40 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD					
DD MM AAAA												
Diagnóstico:	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL						ICD:	J34.2				
Tratamiento:	SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL						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	Identificado con:	CARTA PASE/INE	Estatus:	EN VIGOR
DD MM AAAA							
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024	Certificado No.:	-----96173	-	1	No. del SubGrupo:	692
DD MM AAAA							
Contratante:	CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL				Titular:	RUGERIO SANCHEZ VERONICA	

HONORARIOS MÉDICOS			
Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	3,402.00
AMEYALLI ESCORTIN CHAVEZ	30520	Cantidad con Letra:	TRES MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE			

Observaciones:	SE OTORGAN HONORARIOS DE ACUERDO CON TBAULADOR CONTRATADO DR. SANCHEZ MARTINEZ Y EQUIPO MEDICO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 241125803187.
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.	
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 08:57:56 HRS.
----------------	------------------------------------------------------------------

Médico Dictaminador
Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores.
Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte
<u>VIRIDIANA PRADO PELAEZ</u>
Nombre y Firma

SET-04-04-80