

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **433351 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **13/12/2025** Hora: **08:59:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **PICHARDO GARCIA AZAEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **19/07/2003** Edad: **22 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ACCIDENTE**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL** ICD: **M50.8**

Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO/VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO** CPT: **99261**

Médico Tratante: **SINUHE PEREZ NAZAR** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25028203** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **107813** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----246463** - **0** No. del SubGrupo: **5481**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **PICHARDO GARCIA AZAEL**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **43,203.61**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TRES PESOS 61/100 MN.**

Deducible: \$ **8,598.65** Cantidad con Letra: **OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 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: **PROCEDE SINIESTRO COMO ACCIDENTE, APLICA DED, SIN COA. DESVIOS: OMEPRAZOL, TERMOMETRO. HM AUTORIZADOS Y TABULADOS. VO.BO. CPT, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO/INVASIVO.**

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 18:17:14 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

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS **HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y Firma Nombre y Firma Nombre y Firma