

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433576 / 2
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	16/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	07:30:00 HRS				
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.					RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	FERREIRO MELO LUIS FELIPE					Parentesco con el Asegurado:	TITULAR				
Fecha de Nacimiento:	05/02/1984 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	41 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD				
Diagnóstico:	CALCULO DEL RIÑON					ICD:	N20.0				
Tratamiento:	CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J					CPT:	52332				
Médico Tratante:	DAVID ALEJANDRO MARTINEZ VALERIANO					Red:	NO	Staff:	SI	Endoso:	SI
Tipo de Siniestro:	COMPLEMENTO					No. Siniestro:	00025028577		Ramo:	1036	

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100113	Vigencia:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	CARTA PASE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----73993	-	0	No. del SubGrupo:	1511
Contratante:	CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL					Titular:	FERREIRO MELO LUIS FELIPE

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

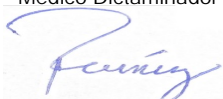
Suma Autorizada: \$	5,500.00	
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: CINCO MIL QUINIENTOS PESOS 0/100 MN.	
Deducible: \$	0.00	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.
Coaseguro:	0.00 %	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon:	\$0.00	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.
Observaciones:	SE AUTORIZA GASTO HOSPITALARIO// SE AGOTA SUMA BASICA, SE AFECTA POLIZA DE EXCESOS	

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 JUEVES 18 DICIEMBRE 2025 01:18:47 HRS.
----------------	---

Médico Dictaminador	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
		
LEANDRO EDUARDO RAMIREZ SILVA		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma