

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



| | | | |
|----------|-----------------------------|--------|------------|
| Oficina: | CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN | Folio: | 433576 / 3 |
|----------|-----------------------------|--------|------------|

| DATOS DE HOSPITALIZACIÓN | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|----------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------|-------------------------|------------|--------------|----|
| Hospital: | HOSPITAL ANGELES LONDRES | Estado: | ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO | Fecha de Ingreso: | 16/12/2025 | DD MM AAAA | 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 | Edad: | 41 AÑOS | Sexo: | MASCULINO | Causa de Internamiento: | ENFERMEDAD | | |
| DD MM AAAA | | | | | | | | | |
| 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 | Identificado con: | CP13796884 | Estatus: | EN VIGOR |
| DD MM AAAA | | | | | | | |
| Fecha de Alta de la Póliza: | 31/12/2024 | Certificado No.: | -----73993 | - 0 | No. del SubGrupo: | 1511 | |
| DD MM AAAA | | | | | | | |
| Contratante: | CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL | | | Titular: | FERREIRO MELO LUIS FELIPE | | |

| HONORARIOS MÉDICOS | | | |
|------------------------------------|-------|---------------------|-------------------------------|
| Médico: | CPT: | Suma Autorizada: \$ | 18,000.00 |
| DAVID ALEJANDRO MARTINEZ VALERIANO | 52332 | Cantidad con Letra: | DIECIOCHO MIL PESOS 0/100 MN. |
| CIRUJANO | | | |

| | |
|----------------|--|
| Observaciones: | SE AUTORIZAN HONORARIOS MEDICOS SEGÚN NOTA QUIRURGICA. |
|----------------|--|

| | |
|--|--|
| 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 JUEVES 18 DICIEMBRE 2025 01:21:51 HRS. |
|----------------|---|

| |
|---|
| Médico Dictaminador |
|  |
| LEANDRO EDUARDO RAMIREZ SILVA |
| Nombre y Firma |

SET-04-04-80