

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433499 / 1
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	15/12/2025 DD MM AAAA	Hora:	12:12:52 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR		
Fecha de Nacimiento:	14/01/1995 DD MM AAAA	Edad:	30 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	GOTA, NO ESPECIFICADA			ICD:	M10.9		
Tratamiento:	CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO VO.BO. CPT 99261, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUI CPT: 99261						
Médico Tratante:	FRANCISCO JAVIER VEGA PINKNEY			Red:	NO	Staff:	NO
				Endoso:	NO		
Tipo de Siniestro:	COMPLEMENTO	No. Siniestro:	00025028698	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100113	Vigencia:	31/12/2025 DD MM AAAA	Identificado con:	INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 DD MM AAAA	Certificado No.:	-----240083	-	0	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL			Titular:	DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	52,000.00
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: CINCUENTA Y DOS MIL PESOS 0/100 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:	INGRESO HOSPITALARIO 15.12.2025 SE CUBRE HOSPITAL Y HONORARIOS MÉDICOS DE ACUERDO A TABULADOR APLICA DEDUCIBLE \$8598.65 Y COASEGURO 0%. DESVIOS AL ALTA

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 23:39:54 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		
SAID URBINA TERAN		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma