

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 433844 / 4

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 18/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 16:20:00 HRS

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

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: JUAREZ CORTES XIMENA

Parentesco con el Asegurado: HIJO (A)

Fecha de Nacimiento: 04/10/2003

DD MM AAAA

Edad: 22 AÑOS

Sexo: FEMENINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES

ICD: J34.3

Tratamiento: RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO

CPT: 30140

Médico Tratante: CARLA PAOLA PEREZ URIBE

Red: NO

Staff: NO

Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 13804426

Ramo: 1035

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 9900103

Vigencia: 15/03/2026

DD MM AAAA

Identificado con: CARTA PASE/INE

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 15/03/2025

DD MM AAAA

Certificado No.: 0000000000007

- 3

No. del SubGrupo: 2

Contratante: REMATE LINC S.A.P.I DE C.V

Titular: JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$
HUGO GOMEZ VILLEGAS	30140	3,411.00
ANESTESIOLOGO		Cantidad con Letra: TRES MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS 0/100 MN.

Observaciones: SE OOTRGNA HONROARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426.

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 VIERNES 19 DICIEMBRE 2025 14:35:04 HRS.

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones

Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.

Grupo Financiero Banorte

VIRIDIANA PRADO PELAEZ

Nombre y Firma

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433844 / 3
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN												
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	18/12/2025	DD MM AAAA	Hora:	16:20:00 HRS				
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.						RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	JUAREZ CORTES XIMENA						Parentesco con el Asegurado:	HIJO (A)				
Fecha de Nacimiento:	04/10/2003	Edad:	22 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD					
DD MM AAAA												
Diagnóstico:	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES						ICD:	J34.3				
Tratamiento:	RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO						CPT:	30140				
Médico Tratante:	CARLA PAOLA PEREZ URIBE						Red:	NO	Staff:	NO	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	INICIAL		No. Siniestro:	13804426				Ramo:	1035			

DATOS DE LA PÓLIZA							
Póliza No.:	9900103	Vigencia:	15/03/2026	Identificado con:	CARTA PASE/INE	Estatus:	EN VIGOR
DD MM AAAA							
Fecha de Alta de la Póliza:	15/03/2025	Certificado No.:	0000000000007	-	3	No. del SubGrupo:	2
DD MM AAAA							
Contratante:	REMATE LINC S.A.P.I DE C.V			Titular:	JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO		

HONORARIOS MÉDICOS			
Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	2,274.00
MARCO ANTONIO RAMOS OLIVE	30140	Cantidad con Letra:	DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE			

Observaciones: SE OOTRGNA HONROARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426.

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 VIERNES 19 DICIEMBRE 2025 14:35:04 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

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433844 / 2
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN												
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	18/12/2025	DD MM AAAA	Hora:	16:20:00 HRS				
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.						RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	JUAREZ CORTES XIMENA						Parentesco con el Asegurado:	HIJO (A)				
Fecha de Nacimiento:	04/10/2003	Edad:	22 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD					
DD MM AAAA												
Diagnóstico:	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES						ICD:	J34.3				
Tratamiento:	RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO						CPT:	30140				
Médico Tratante:	CARLA PAOLA PEREZ URIBE						Red:	NO	Staff:	NO	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	INICIAL		No. Siniestro:	13804426				Ramo:	1035			

DATOS DE LA PÓLIZA							
Póliza No.:	9900103	Vigencia:	15/03/2026	Identificado con:	CARTA PASE/INE	Estatus:	EN VIGOR
DD MM AAAA							
Fecha de Alta de la Póliza:	15/03/2025	Certificado No.:	0000000000007	-	3	No. del SubGrupo:	2
DD MM AAAA							
Contratante:	REMATE LINC S.A.P.I DE C.V			Titular:	JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO		

HONORARIOS MÉDICOS			
Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	11,370.00
CARLA PAOLA PEREZ URIBE	30140	Cantidad con Letra:	ONCE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS 0/100 MN.
CIRUJANO			

Observaciones: SE OOTRGNA HONROARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426.

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 VIERNES 19 DICIEMBRE 2025 14:35:04 HRS.

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

SET-04-04-80

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **433844 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/12/2025** Hora: **16:20:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **JUAREZ CORTES XIMENA** Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

Fecha de Nacimiento: **04/10/2003** Edad: **22 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES** ICD: **J34.3**

Tratamiento: **RESECCION SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER METODO** CPT: **30140**

Médico Tratante: **CARLA PAOLA PEREZ URIBE** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25026893** Ramo: **1035**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **9900103** Vigencia: **15/03/2026** Identificado con: **CARTA PASE/INE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **15/03/2025** Certificado No.: **0000000000007** - **3** No. del SubGrupo: **2**
DD MM AAAA

Contratante: **REMATE LINCE S.A.P.I DE C.V** Titular: **JUAREZ LOPEZ MARCO ANTONIO**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **84,897.28**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS 28/100 MN.**

Deducible: \$ **8,000.00** Cantidad con Letra: **OCHO MIL PESOS 0/100 MN.**

Coaseguro: **10.00 %** % correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **1705.50** Cantidad con Letra: **UN MIL SETECIENTOS CINCO PESOS 5/100 MN.**

Observaciones: **PROCEDE INIIAL. APLICA DEDUCIBLE. CON OASEGURO DEL 10%. ESTA CARTA CANCELA LA CARTA 13804426. DESVIS EN WEECLAIMS.**

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 VIERNES 19 DICIEMBRE 2025 14:32:39 HRS.**

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

Asegurado y/o Familiar

Nombre y Firma

Recibe Hospital

HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma