

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	433861 / 2
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	18/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	23:10:00 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR		
Fecha de Nacimiento:	29/12/1980 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	45 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	LARINGITIS AGUDA			ICD:	J04.0		
Tratamiento:	LARINGOSCOPIA			CPT:	31535		
Médico Tratante:	JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO			Red:	NO	Staff:	NO
				Endoso:	NO		
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	25028845	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	122813	Vigencia:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----8869	-	0	No. del SubGrupo:	126
Contratante:	TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION			Titular:	ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	60,801.43
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: <u>SESENTA MIL OCHOCIENTOS UNO PESOS 43/100 MN.</u>
Deducible: \$	12,038.11
	Cantidad con Letra: <u>DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 MN.</u>
Coaseguro:	0.00 %
% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)	
Coaseguro Hon:	\$0.00
	Cantidad con Letra: <u>CERO PESOS 0/100 MN.</u>
Observaciones:	CARTA COBERTURA POR GASTOS HOSPITAALRIOS.

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 LUNES 22 DICIEMBRE 2025 05:13:29 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		
<u>ANA KAREN SANDOVAL PEREZ</u>		<u>HOSPITAL ANGELES LONDRES</u>
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma