

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **434249 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:**HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO**Fecha de Ingreso:**24/12/2025** Hora: **07:24:00 HRS**

DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CORNEJO TREJO ISABEL**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **29/07/1980** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **FEMENINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**

DD MM AAAA

Diagnóstico: **DESVIACION DEL TABIQUE NASAL**ICD: **J34.2**

Tratamiento: **SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL C** CPT: **30520**

Médico Tratante: **ALDO ESTRADA HERRERA**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **25028607**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113**Vigencia: **31/12/2025**Identificado con: **CP**Estatus: **EN VIGOR**

DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**Certificado No.: **-----215681**- **0**No. del SubGrupo: **1**

DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **CORNEJO TREJO ISABEL**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **75,939.00**

Cargo a Cuenta del AseguradoCantidad con Letra: **SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS 0/100 MN.**

Deducible: \$ **8,598.65**Cantidad con Letra: **OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 MN.**

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

Coaseguro Hon: \$**2551.50**Cantidad con Letra: **DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 5/100 MN.**

Observaciones:SE CUBRE GASTO HOSPITALARIO, APLICA DEDUCIBLE Y COASEGURO DEL 10% CON TOPE DE \$30,000. DESVÍOS EN WEE CLAIMS.

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 MIÉRCOLES 24 DICIEMBRE 2025 18:24:37 HRS.**

Médico DictaminadorAsegurado y/o FamiliarRecibe Hospital

Departamento de IndemnizacionesGastos Médicos Mayores.

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

CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ**HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y FirmaNombre y FirmaNombre y Firma