

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **434546 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **29/12/2025** Hora: **19:18:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **HERNANDEZ HERNANDEZ OMAR** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **26/11/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **INFLUENZA CON NEUMONIA, DEBIDA A VIRUS DE LA** ICD: **J10.0**

Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO** CPT: **99261**

Médico Tratante: **ATZALON KEINN MONTERRUBIO RETANA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26000107** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----235068** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **HERNANDEZ HERNANDEZ OMAR**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **70,545.21**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **SETENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS 21/100 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: **CARTA COBERTURA POR GASTOS HOSPITALARIOS. DESVIOS: EPISODIO: 1501270102**

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 31 DICIEMBRE 2025 16:01:41 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

ANA KAREN SANDOVAL PEREZ **HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y Firma Nombre y Firma Nombre y Firma