

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	434695 / 1
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	02/01/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	22:22:01 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	FERREIRO MELO LUIS FELIPE			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR		
Fecha de Nacimiento:	05/02/1984 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	41 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER			ICD:	N20		
Tratamiento:	CISTOURETROSCOPIA, CON EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO, CALCULO, O REMOCION DE CATETER DI			CPT:	52310		
Médico Tratante:	DAVID ALEJANDRO MARTÍNEZ VALERIANO			Red:	NO	Staff:	NO
				Endoso:	NO		
Tipo de Siniestro:	COMPLEMENTO	No. Siniestro:	00025028577	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	107813	Vigencia:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	ID SEGURO	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----73993	-	0	No. del SubGrupo:	1511
Contratante:	CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL			Titular:	FERREIRO MELO LUIS FELIPE		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	241,756.11	Cantidad con Letra:	DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS 11/100 MN.
Cargo a Cuenta del Asegurado		Cantidad con Letra:	CERO PESOS 0/100 MN.
Deducible: \$	0.00		
Coaseguro:	0.00 %	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)	
Coaseguro Hon: \$	0.00	Cantidad con Letra:	CERO PESOS 0/100 MN.
Observaciones:	PROCEDE COMO COMPLEMENTO DE SINIESTRO POR ENFERMEDAD. SE AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS; APLICA SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO, HONORARIOS MÉDICOS CUBIERTOS (POR AJUSTE A TABULADOR), DESVÍOS: TERMOMETRO, ORINAL, USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES, MICRODACYN, MEMORIA USB.		

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 08 ENERO 2026 12:19:59 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		
ANDREA ESTRADA ROMERO		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma