

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| Oficina | CIUDAD DE MEXICO | Folio | 041125801091 |
| DATOS DE HOSPITALIZACIÓN | | | |
| Hospital: | OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV - ANGELES CLINICA LONDRES | | |
| Nombre del Paciente: | KARLA JESSICA ROSALES GUTIERREZ | Fecha de Ingreso: | 04/11/2025 |
| Fecha de Nacimiento: | 28/01/1991 | Edad: | 34 años |
| Sexo: | Mujer | | |
| Parentesco con el asegurado: | Titular | Causa: | Enfermedad |
| Diagnóstico Principal: | HIDRONEFROSIS CON ESTRECHEZ URETERAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | ICD: | N131 |
| Tratamiento: | Cistoureteroscopia, con extirpación de cuerpo extraño, cálculo o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (procedimiento separado); simple | | |
| CPT: | 52310 | | |
| Médico Tratante: | YAIR MUÑOZ CONTRERAS | | |
| No De Siniestro: | 2025102425023712 | No. Del Subgrupo: | 1 |
| Fecha de alta: | 31/12/2024 | Certificado no: | 229503 - 0 |
| Ramo: | 1036 | | |
| DATOS DE LA PÓLIZA | | | |
| Póliza No.: | 100113 | Vigencia: | 31/12/2025 |
| Pagada: | SI | | |
| Contratante: | CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL | | |
| Titular: | KARLA JESSICA ROSALES GUTIERREZ | Telefono: | - |
| DICTAMEN | | | |
| Procede la reclamación: | SI | Observaciones: | En Cirugía Programada, se sustituye Carta por Folio Pago Directo |
| Monto inicial autorizado: | \$30,000.00 | | |
| Cantidad con letra: | TREINTA MIL PESOS 00/100 PESOS | | |
| Responsabilidad máxima por pago de honorarios, Previa Validación de Nota Quirúrgica | | Cargo a cuenta del asegurado | |
| Tx Médico | CIRUGÍA | Deducible: | \$0.00 Pesos |
| Cirujano | \$14,000.00 | Cantidad con letra | CERO PESOS 00/100 PESOS |
| Anestesiólogo | \$4,200.00 | Coaseguro Hospital | 0.00 % |
| 1er Ayudante | \$2,800.00 | Coaseguro Honorarios | 0.00 % |
| 2do Ayudante | \$0.00 | | |
| <small>Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: Pañales, comida para los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal(pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapato, juguetes, flores, dulces etc.) excedente de habitación estándar, películas y paquete de admisión.</small> | | | |
| Observaciones: COMPLEMENTO. SE AUTORIZAN GASTOS DE HOSPITAL Y HONORARIOS, MISMO QUE SERAN REVALORADOS AL CONTAR CON NOTA FINAL DEL PROCEDIMIENTO. SUMA AUTORIZADA SIEMPRE SUJETA A REMANENTE REAL. | | | |
| CDMX a viernes 7 de noviembre de 2025 | | | |

Médico DictaminadorDepartamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

RAAB00266

Asegurado y/o Familiar

Firma

Recibe Hospital

Firma