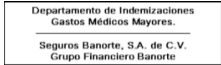


ATENCION HOSPITALARIA

(AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO)

Oficina	CIUDAD DE MÉXICO	Folio	241125803187
DATOS DE HOSPITALIZACION			
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Fecha de Ingreso:	27/11/2025
Nombre del Paciente:	OSCAR SANCHEZ ESCAMILLA		
Fecha de Nacimiento:	3 de agosto de 1985	Edad:	40 años
Sexo:	MASCULINO		
Parentesco con el asegurado:	CONYUGE	Causa del internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES	ICD	J34.2
Tratamiento:	SEPTOPLASTIA + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA	CPT	30520
Medico tratante:	ALBERTO SANCHEZ MARTINEZ (NO RED, SE AJUSTA)		
No. De Sinistro:	PENDIENTE POR CIERRE	No. Del Subgrupo	692
Fecha alta:	15 de septiembre de 2025	Certificado no.:	96173-1
Ramo:	1036		
DATOS DE LA PÓLIZA			
Póliza no.:	122413	Vigencia:	31/12/2025
Pagada:	SI		
Contratante:	CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL		
Asegurado principal:	VERONICA RUGERIO SANCHEZ	Telefono:	SD
DICTAMEN			
Procede la reclamación:	SI	Observaciones:	CARTA SERA SUSTITUIDA POR CARTA DE REPORTE HOSPITALARIO
Suma asegurada	\$30,000.00	Cantidad con letra:	(TREINTA MIL PESOS 00/100 M.N.)
Responsabilidad máxima por pago de honorarios, Previa Validación de Nota Quirúrgica.		Cargo a cuenta del asegurado	
Tx Medico	CIRUGIA	Deducible:	\$12,038.11
MEDICO TRATANTE	\$17,010.00	Cantidad con letra:	(DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 M.N.)
Anestesiólogo	\$2,100.00	Coaseguro Hospital:	10%
1er Ayudante	\$3,402.00	Coaseguro Honorarios:	10%
<p>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.</p>			
Observaciones:	<p>SE AUTORIZA SEPTOPLASTIA CON TURBINOPLASTIA, COMO INICIAL. MEDICO NO RED, SE AJUSTA. HONORARIOS INFORMATIVOS, SUJETOS A NOTA POSTQUIRURGICA. ESTA CARTA PUEDE INVALIDARSE EN CASO DE REALIZAR PORCEDIMIENTOS NO AUTORIZADOS O ESTÉTICOS. APLICA 10% DE COASAGURO POR TRATAMIENTO QUIRURGICO DE NARIZ, SEGUN CGP.</p>		
Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.			
Lugar y Fecha:	Ciudad de México	lunes, 27 de octubre de 2025	
Médico Asesor  Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN Nombre y firma	Asegurado y/o Familiar Nombre y Firma	Recibe Hospital HOSPITAL ANGELES LONDRES Nombre y Firma	