

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| Oficina | CIUDAD DE MEXICO | Folio | 271125803770 |
| DATOS DE HOSPITALIZACIÓN | | | |
| Hospital: | OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV - ANGELES CLINICA LONDRES | | |
| Nombre del Paciente: | DIEGO DAVID MARTINEZ VELAZQUEZ | Fecha de Ingreso: | 27/11/2025 |
| Fecha de Nacimiento: | 18/10/2006 | Edad: | 19 años |
| Sexo: | Hombre | | |
| Parentesco con el asegurado: | Hijo (a) | Causa: | Enfermedad |
| Diagnóstico Principal: | HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES | ICD: | J343 |
| Tratamiento: | Septoplastia o resección submucosa, con o sin marcación de cartílago, modificación del contorno o reemplazo con injerto | | |
| CPT: | 30520 | | |
| Médico Tratante: | VIANNEY GARCIA ROMAN | | |
| No De Siniestro: | 2025120225027003 | No. Del Subgrupo: | 1 |
| Fecha de alta: | 31/12/2024 | Certificado no: | 58981 - 2 |
| Ramo: | 1036 | | |
| DATOS DE LA PÓLIZA | | | |
| Póliza No.: | 100113 | Vigencia: | 31/12/2025 |
| Pagada: | SI | | |
| Contratante: | CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL | | |
| Titular: | YADIRA ABIGAIL VELAZQUEZ RAMIREZ | | 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: | \$8,598.65 Pesos |
| Cirujano | \$17,010.00 | Cantidad con letra | OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 PESOS |
| Anestesiólogo | \$5,103.00 | Coaseguro Hospital | 10.00 % |
| 1er Ayudante | \$3,402.00 | Coaseguro Honorarios | 10.00 % |
| 2do Ayudante | \$0.00 | | |
| 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. | | | |
| Observaciones: PROCEDE COMO INICIAL. SE AUTORIZAN GASTOS POR LO DESCRITO EN LA CARTA. MEDICO (RED) HONORARIOS INFORMATIVOS SUJETOS A NOTA POSTQUIRURGICA. ESTA CARTA PUEDE INVALIDARSE SI SE REALIZA PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO O ESTETICO. | | | |
| CDMX a martes 2 de diciembre de 2025 | | | |

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

NASR00355

Asegurado y/o Familiar

Firma

Recibe Hospital

Firma