

ATENCION HOSPITALARIA

Seguros Atlas.
La empresa a mi medida

Folio 518986

I. Datos de la póliza

Póliza número 013398896 Vigencia: del 30/10/2024 al 30/10/25 Pagada Si () No ()
 Certificado número 7-100825-1 Identificación con:
 Nombre del contratante *Yolanda Rael Adolfo y Victoria Cecilia* Teléfono _____
 Nombre del titular *Yolanda Rael Victoria Cecilia*
 Nombre del asegurado afectado *Yolanda Rael Victoria Cecilia*
 Fecha de nacimiento 03/10/87 Edad 41 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil *Viuda* Parentesco con el asegurado principal _____
 Fecha de alta a la póliza 01/03/2024 Fecha de antigüedad 01/03/24 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital *Angélos Clínica Hendon* Cuarto 713 Fecha y hora ingreso 05/12/2025
 Médico tratante *D. Jorge Yolik Román* Marca _____
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad K810. (X)
 Diagnóstico *Colectivo hística Agudizado*
 Tratamiento *Colectectomía laparoscópica* Clave *843562*

III. Dictamen

Siniestro número 000-21281-2025: Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo *Falta carnet cancelo y constuye solo en como asegurado el*
 Trámite No. *000-21281-2025-001*
 Suma asegurada \$ 207,000. Cantidad con letra *Doscientos setenta mil pesos. pesos.*
 Cubre Hospital () Cuarto standard () Cama extra ()
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios
 Honorarios cirujano \$ _____ Por tratamiento médico \$ _____
 Ayudante 1º \$ _____ Ayudante 2º \$ _____
 Honorarios anestesista \$ _____ Otros \$ _____
 Deducible \$ 14,789.68. Cargos a cuenta del asegurado *Deducible y Coaseguro mis IAT*
 Coaseguro 10. % \$ _____

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas acompañantes, llamadas larga distancia, gastos de recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces) excedentes de habitación standard y películas, estacionamiento, otros.

NOTA IMPORTANTE: Si el pago de la póliza no ha sido efectuado durante el plazo pactado o la enfermedad se encuentra fuera de las condiciones contratadas, se exime de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándome a cubrir los gastos que se eroguen por esta reclamación.

Sin deduc

Dr. Héctor Cárdenas López, E

Nombre y firma médico asesor

Teléfono

Enterado paciente o familiar

Recibe hospital

Nota: Solicitar al hospital facturación de deducible y lo coaseguro local debiendo presentar ante la aseguradora los adeudos dentro de 30 días.

CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas,
 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx

FOLIO D00-21281-2025-001

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HONORARIOS

I. DATOS DE LA POLIZA

MEDICOS Y PROVEEDORES

Póliza D00-3-3-981896-0-0-1	Vigencia 30/10/2024 - 30/10/2025	Certificado 7-400875-1	Fecha de Ingreso a Atlas 01/03/2024
Nombre del contratante VACATION TRAVEL ADVISORY SA DE CV	Nombre y clave del agente 14726 ARAGON INSURANCE GROUP AGENTE		
Nombre del Titular JUAREZ REAL VICTORIA CECILIA	Asegurado Afectado JUAREZ REAL VICTORIA CECILIA		
Fecha de nacimiento 08/10/1984	Sexo FEMENINO	Edad 41	Parentesco Titular

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto	Fecha Ingreso 27/11/2025	Causa ENFERMEDAD
Médico Tratante JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN		Clave OII K810	CPT4 47562
Diagnóstico COLECISTITIS LITIASICA AGUDIZADA			
Tratamiento COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROSCOPIA			

III. DICTAMEN

Siniestro D00-21281-2025-001	Médico acepta Convenio (SI)	Procede Autorización (SI)
Suma Autorizada \$ 56,160.00 M.N.	(CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS 00/100 M.N.)—	

Responsabilidad máxima por Conceptos y Montos Autorizados

PROVEEDORES ADICIONALES

ENVIAR FACTURA HOSPITALARIA A SEGUROS ATLAS DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15 HRS.
ENVIAR FACTURAS Y/O RECIBOS A SEGUROS ATLAS DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15 HRS.
PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE IMPLIQUE TECNOLOGÍA O MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO SE DEBERÁ SOLICITAR AUTORIZACIÓN PREVIA, NO SE CUBRE RENTA DE EQUIPOS E INSUMOS DE ANESTESIA DE CUALQUIER TIPO PROPORCIONADOS POR PROVEEDORES EXTERNOS Y AJENOS AL AREA DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL. MÉDICO SE AJUSTA A TABULADOR, NO COBRARÁ DIFERENCIAS AL ASEGURADO.

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 0.00 M.N. Coaseguro 10.00% Deducible y Coaseguro neto, más IVA
SOLICITAR AL HOSPITAL FACTURA POR COBRO DE DEDUCIBLE Y/O COASEGURO LA CUAL DEBERÁ PRESENTARSE A LA ASEGURADORA PARA VALORAR CUALQUIER TRÁMITE SUBSECUENTE.

Pago de honorarios médicos por Seguros Atlas Pago de honorarios médicos a cargo del Asegurado por concepto de Coaseguro

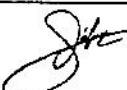
HONORARIOS CIRUJANO \$ 35,100.00 M.N.	HONORARIOS CIRUJANO \$ 3,900.00 M.N.
HONORARIOS AYUDANTE \$ 7,020.00 M.N.	HONORARIOS AYUDANTE \$ 780.00 M.N.
HONORARIOS ANESTESIÓLOGO \$ 10,530.00 M.N.	HONORARIOS ANESTESIÓLOGO \$ 1,170.00 M.N.
HONORARIOS SEGUNDO AYUDANTE \$ 3,510.00 M.N.	HONORARIOS SEGUNDO AYUDANTE \$ 390.00 M.N.

GASTOS NO CUBIERTOS POR LA POLIZA Y A CARGO DEL PACIENTE comidas de acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, etc), excedente de habitación y películas, estacionamiento, gastos de donadores, otros.

NOTA IMPORTANTE Si el pago de la póliza no ha sido efectuado durante el plazo pactado o la enfermedad se encuentra fuera de las condiciones contratadas se excluye de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándome a cubrir los gastos que se eroguen de esta reclamación.

Agradeceremos presentar las facturas y recibos a cobro a más tardar en un lapso de 15 días contados a partir del egreso hospitalario del asegurado afectado.

En Seguros Atlas, S.A., sus datos están protegidos, consulte el Aviso de Privacidad en www.segurosatlas.com.mx

Médico Asesor 	Enterado paciente o familiar	Recibe Hospital
Fecha y hora de visita	Fecha de expedición 27/11/2025	Fecha de vencimiento 11/12/2025

Elaboró: CESCASSA

SEGUROS ATLAS S.A.