

ATENCION HOSPITALARIA

Folio 518986

I. Datos de la póliza

Póliza número 50233981896 Vigencia: del 30/10/2024 al 30/10/25 Pagada Si () No ()
 Certificado número 7-400825-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante Vocation Travel Advisory S.A. de C.V. Teléfono _____
 Nombre del titular Javier Rael Victoria Cecilia
 Nombre del asegurado afectado Javier Rael Victoria Cecilia
 Fecha de nacimiento 03/10/84 Edad 41 Sexo: Masculino () Femenino ☒
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal T. Jefe
 Fecha de alta a la póliza 01/03/2024 Fecha de antigüedad 01/03/24 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angelica Clinica Hondas Cuarto 713 Fecha y hora ingreso 05/12/2025
 Médico tratante Dr. Jorge Yolik Ramirez Molina
 Causa del internamiento _____ Accidente () Enfermedad K810. ☒
 Diagnóstico Colectitis bacteriana Aguda
 Tratamiento Colectectomía laparoscópica Clave 842562

III. Dictamen

Siniestro número D00 21281 2025 Procede la reclamación Si ☒ No ()
 Causa del rechazo Este caso cancela y se otorga solo en caso pagado del
Folio No D00 - 21281 - 2025 - 001
 Suma asegurada \$ 207,000. Cantidad con letra Doscientos setenta y siete mil pesos 00/100
 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 1° \$ _____ Ayudante 2° \$ _____
 Honorarios anestesiista \$ _____ Otros \$ _____
 Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 14,789.68 Coaseguro 10. % \$ Deducible y Coaseguro mis Jura

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 erogan por esta reclamación.

Dr. Model Carreras Lopez E
 Nombre y firma médico asesor Teléfono _____ Enterado paciente o familiar _____ Recibe hospital _____

Nota: Solicitar al hospital factura por pago de deducible y la coaseguro la cual debe de presentarse ante la aseguradora por cualquier trámite posterior.

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
				Antigüedad		01/03/2024	

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 exime de toda responsabilidad a Seguros Atlas, S.A. obligándose a cubrir los gastos que se erogan 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.