

I. DATOS DE LA POLIZA**AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HOSPITAL**

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)	Cubre Hospital (SI)	Cuarto Estándar (SI)	Cama Extra (SI)
Motivo de Improcedencia					
Suma Autorizada	\$ 150,000.00 M.N. (CIENTO CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)-----				

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 14,789.68M.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.

OBSERVACIONES

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.

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. 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.

Favor de escanear el código QR para contestar una encuesta de servicio.

AVISO IMPORTANTE:

El Deducible y Coaseguro indicados en esta autorización deben de ser cubiertos netos y en su totalidad por el asegurado de acuerdo con lo establecido en la póliza. En caso de recibir alguna bonificación o beneficio en estos conceptos por personas ajenas a Seguros Atlas o por cualquier otro medio, la presente autorización quedara anulada.



FAVOR DE REPORTAR EL INGRESO A SEGUROS ATLAS

FOLIO D00-21281-2025-001

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HONORARIOS MEDICOS Y PROVEEDORES

I. DATOS DE LA POLIZA

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 ASEGUROADO.

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

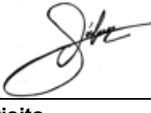
HONORARIOS CIRUJANO \$ 35,100.00 M.N.	HONORARIOS CIRUJANO \$ 3,900.00 M.N.
HONORARIOS AYUDANTE \$ 7,020.00 M.N.	HONORARIOS AYUDANTE \$ 780.00 M.N.
HONORARIOS ANESTESIÓLOGO \$ 10,530.00 M.N.	HONORARIOS ANESTESIÓLOGO \$ 1,170.00 M.N.
HONORARIOS SEGUNDO AYUDANTE \$ 3,510.00 M.N.	HONORARIOS SEGUNDO AYUDANTE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