

FOLIO D00-21756-2025-001

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

Póliza	F04-3-3-1001303-0-0-1	Vigencia	01/10/2025 - 01/10/2026	Certificado	1-280012-2	Fecha de Ingreso a Atlas	08/11/2022
Nombre del contratante				PUBLIRAMA SOCIAL MEDIA, S.A. DE C.V.			
Nombre del Titular				ROMERO GARCIA JOSE MARIA			
Asegurado Afectado				RAMIREZ SALINAS MARIA DEL SOCORRO			
Fecha de nacimiento	24/07/1975	Sexo	FEMENINO	Edad	50	Parentesco	Conyuge
Antigüedad				26/04/2022			

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital	ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto	516	Fecha Ingreso	02/12/2025	Causa	ENFERMEDAD
Médico Tratante	EDER MENDOZA FUENTES				Clave OII	M541	CPT4 99222
Diagnóstico	LESIÓN DISCAL L5 S1/ SX FACETARIO CON SINOVITIS DE L4 L5 S1 / RADICULOPATIA L4L5 L5 S1 BILATERAL/ NEUROPATIA DEL NERVIO TIBIAL / DESGARRO MENISCAL MED						
Tratamiento	MEDICO CONSERVADOR						

III. DICTAMEN

Siniestro	D00-21756-2025-001	Médico acepta Convenio	(SI)	Procede Autorización	(SI)	Cubre Hospital	(SI)	Cuarto Estándar	(SI)	Cama Extra	(SI)
Motivo de Improcedencia											
Suma Autorizada \$ 98,000.00 M.N. (NOVENTA Y OCHO MIL PESOS 00/100 M.N.)-----											

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 0.00 M.N. Coaseguro 5.00% 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. SIN DESVIOS

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 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 05/12/2025	Fecha de vencimiento 19/12/2025

Elaboró: DRALOPEZ

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.



I. DATOS DE LA POLIZA MEDICOS Y PROVEEDORES

Póliza	F04-3-3-1001303-0-0-1	Vigencia	01/10/2025 - 01/10/2026	Certificado	1-280012-2	Fecha de Ingreso a Atlas	08/11/2022
Nombre del contratante	PUBLIRAMA SOCIAL MEDIA, S.A. DE C.V.			Nombre y clave del agente 10744 CAE AGENTE DE SEGUROS Y DE FIAN			
Nombre del Titular	ROMERO GARCIA JOSE MARIA			Asegurado Afectado RAMIREZ SALINAS MARIA DEL SOCORRO			
Fecha de nacimiento	24/07/1975	Sexo	FEMENINO	Edad	50	Parentesco	Conyuge
						Antigüedad 26/04/2022	

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital	ANGELES CLINICA LONDRES		No. Cuarto	516	Fecha Ingreso	02/12/2025	Causa	ENFERMEDAD
Médico Tratante	EDER MENDOZA FUENTES					Clave OII	M541	CPT4 99222
Diagnóstico	LESIÓN DISCAL L5 S1/ SX FACETARIO CON SINOVITIS DE L4 L5 S1 / RADICULOPATIA L4L5 L5 S1 BILATERAL/ NEUROPATIA DEL NERVIOTIBIAL / DESGARRO MENISCAL MED							
Tratamiento	MEDICO CONSERVADOR							

III. DICTAMEN

Siniestro	D00-21756-2025-001	Médico acepta Convenio	(SI)	Procede Autorización	(SI)
Suma Autorizada	\$ 11,190.00 M.N. (ONCE MIL CIENTO NOVENTA PESOS 00/100 M.N.)-----				

Responsabilidad máxima por Conceptos y Montos Autorizados

PROVEEDORES ADICIONALES

MANUEL DUFOO VILLEGAS	\$ 5,300.00
DR DUFOO VILLEGAS MANUEL IC TYO	\$ 1,900.00
DR DUFOO VILLEGAS MANUEL IC TYO HM VALORACION UNICA DR MENDOZA FUENTES HM VALORACION INICAIL Y DOS VISITAS SUBSECUENTES 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. SIN DESVIOS	

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 0.00 M.N. Coaseguro 5.00% 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

CONSULTA INTRAHOSPITALARIA	\$ 3,990.00 M.N.	MANUEL DUFOO VILLEGAS	\$ 278.95 M.N.
		DR DUFOO VILLEGAS MANUEL IC TYO	\$ 100.00 M.N.
		CONSULTA INTRAHOSPITALARIA	\$ 210.00 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. obligándome 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 05/12/2025	Fecha de vencimiento 19/12/2025

Elaboró: DRALOPEZ

SEGUROS ATLAS S.A.