

## 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 y clave del agen 10744 CAE AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZ		
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

## 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/ NEUROPATHIA DEL NERVIO TIBIAL / DESGARRO MENISCAL MED			
Tratamiento MEDICO CONSERVADOR			

## III. DICTAMEN

Siniestro D00-21756-2025-001	Médico acepta Convenio <b>(SI)</b>	Procede Autorización <b>(SI)</b>	Cubre Hospital <b>(SI)</b>	Cuarto Estándar <b>(SI)</b>	Cama Extra <b>(SI)</b>
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 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](http://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: DRA LOPEZ

**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 D00-21756-2025-001

 AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HONORARIOS  
 MEDICOS Y PROVEEDORES

## I. DATOS DE LA POLIZA

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 agent 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

## 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/ NEUROPATHIA DEL NERVIO TIBIAL / DESGARRO MENISCAL MED			
Tratamiento MEDICO CONSERVADOR			

## III. DICTAMEN

Siniestro D00-21756-2025-001	Médico acepta Convenio <b>(SI)</b>	Procede Autorización <b>(SI)</b>
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 INICIAL 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 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](http://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: DRA LOPEZ

SEGUROS ATLAS S.A.