

I. DATOS DE LA POLIZA

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HOSPITAL

Póliza	D00-3-3-984197-0-0-1	Vigencia	01/01/2026 - 01/01/2027	Certificado	1-15871-2	Fecha de ingreso a Atlas	15/07/2022
Nombre del contratante	GAS INDUSTRIAL DE CAMPECHE, S.A.P.I. DE C.V.			Nombre y clave del agente	628 WILLIS AGENTE DE SEGUROS Y FIANZA		
Nombre del Titular	SANCHEZ ESQUIVEL ALDO ERICK		Asegurado Afectado SERRANO HERNANDEZ SAMANTA JULIETA ✓				
Fecha de nacimiento	28/04/1984	Sexo	FEMENINO	Edad	41	Parentesco	Conyuge
						Antigüedad	15/07/2022

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital	ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto		Fecha Ingreso	17/02/2026	Causa	ENFERMEDAD
Médico Tratante	MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO			Clave OII	1845	CPT4	46257
Diagnóstico	FISURA ANAL CON HEMORROIDE EXTERNA GRADO IV						
Tratamiento	HEMORROIDECTOMIA EXTERNA SIMPLE CON FISURECTOMIA+CRIPTECTOMIA						

III. DICTAMEN

Siniestro	D00-01925-2026-002	Médico acepta Convenio	(SI)	Procede Autorización	(SI)	Cubre Hospital	(SI)	Cuarto Estándar	(SI)	Cama Extra	(SI)
Motivo de Imprudencia											
Suma Autorizada	\$ 100,000.00 M.N. (CIEN MIL PESOS 00/100 M.N.)										

LA SUMA ASEGURADA AUTORIZADA INCLUYE IVA

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 7,132.44M.N. Coaseguro 0.00 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

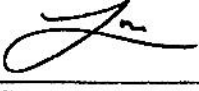
<p>ENVIAR FACTURA HOSPITALARIA A SEGUROS ATLAS DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15 HRS. ENVIAR FACTURAS Y/O RECIBOS A SEGUROS ATLAS DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15 HRS. CARTA DE AUTORIZACION PARA HOSPITAL Y HONORARIOS MEDICOS, NO RED, SE AJUSTA A TABULADOR POR LO QUE NO HAY COBRO DE DIFERENCIAS A LA ASEGURADA.</p> <p>***LA PRESENTE CARTA SE ENCUENTRA VIGENTE AL 27-02-2026 A LAS 12:00 HRS***</p>

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	17/02/2026	Fecha de vencimiento	27/02/2026

Elaboró: EMIPOSGA

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 D00-01925-2026-002

**AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HONORARIOS
MEDICOS Y PROVEEDORES**

I. DATOS DE LA POLIZA

Póliza	D00-3-3-984197-0-0-1	Vigencia	01/01/2026 - 01/01/2027	Certificado	1-15871-2	Fecha de Ingreso a Atlas	15/07/2022
Nombre del contratante	GAS INDUSTRIAL DE CAMPECHE, S.A.P.I. DE C.V.			Nombre y clave del agente	628 WILLIS AGENTE DE SEGUROS Y FIANZA		
Nombre del Titular	SANCHEZ ESQUIVEL ALDO ERICK		Asegurado Afectado	SERRANO HERNANDEZ SAMANTA JULIETA			
Fecha de nacimiento	28/04/1984	Sexo	FEMENINO	Edad	41	Parentesco	Conyuge
						Antigüedad	15/07/2022

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital	ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto		Fecha Ingreso	17/02/2026	Causa	ENFERMEDAD
Médico Tratante	MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO				Clave OII	1845	CPT4 46257
Diagnóstico	FISURA ANAL CON HEMORROIDE EXTERNA GRADO IV						
Tratamiento	HEMORROIDECTOMIA EXTERNA SIMPLE CON FISURECTOMIA+CRIPTECTOMIA						

III. DICTAMEN

Siniestro	D00-01925-2026-002	Médico acepta Convenio	(SI)	Procede Autorización	(SI)
Suma Autorizada	\$ 60,000.00 M.N. (SESENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)				

Responsabilidad máxima por Conceptos y Montos Autorizados LA SUMA ASEGURADA AUTORIZADA INCLUYE IVA

PROVEEDORES ADICIONALES

<p>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. CARTA DE AUTORIZACION PARA HOSPITAL Y HONORARIOS MEDICOS, NO RED, SE AJUSTA A TABULADOR POR LO QUE NO HAY COBRO DE DIFERENCIAS A LA ASEGURADA.</p> <p>***LA PRESENTE CARTA SE ENCUENTRA VIGENTE AL 27-02-2026 A LAS 12:00 HRS***</p>

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 0.00 M.N. Coaseguro 0.00 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	\$ 40,000.00 M.N.
HONORARIOS AYUDANTE	\$ 8,000.00 M.N.
HONORARIOS ANESTESIÓLOGO	\$ 12,000.00 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	17/02/2026
		Fecha de vencimiento	27/02/2026

Elaboró: EMIPOSGA

SEGUROS ATLAS S.A.

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA716

Episodio:1501362413

Fecha de Ingreso: 18.02.2026

Hora de Ingreso: 06:08:00

Fecha de Egreso : 19.02.2026

Hora de Egreso : 12:37:00

Paciente: SAMANTIA JULIETA SERRANO HERNANDEZ

Página: 5 de 5

Fecha: 19.02.2026 Hora: 13:19:27

Compañía: SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA

Médico: MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	4,843.19
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	9,260.04
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	367.08
CARGOS CIRUGÍA	10,821.84
CARGOS INSUMOS	16,711.01
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	2,938.18
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	7,247.41
DEDUCIBLES	7,132.44-

Importe:	52,188.75
Descuentos:	0.00
Sub-total:	52,188.75
IVA(16,00%):	7,209.01
Total de Cargos:	59,397.76
Deducible:	7,132.44-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	52,265.32

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Página: 1 de 2

Tipo paciente: Hospitalizado

Fecha: 19.02.2026 Hora: 13:28:05

Habitación: CLHA716

Episodio:1501362413

Paciente: SAMANTIA JULIETA SERRANO HERNANDEZ

Compañía: Paciente particular

Fecha de Ingreso: 18.02.2026

Hora de Ingreso: 06:08:00

Médico: MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIA

Fecha de Egreso : 19.02.2026

Hora de Egreso : 12:37:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
18.02.2026	2000291421	SOLUCION ANTISEPTICA KENERPURE	1	388.56	0.00	388.56	62.17	450.73	450.73	06:35	SOAPUSER
19.02.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	7,132.44	0.00	7,132.44	1,141.19	8,273.63	8,724.36	13:18	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	388.56
Descuentos:	0.00
Sub-total:	388.56
IVA(16,00%):	1,203.36
Total de Cargos:	1,591.92
Deducible:	7,132.44
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	8,724.36