

FOLIO **D00-03998-2026-001****I. DATOS DE LA POLIZA****AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HOSPITAL**

Póliza	D00-3-3-984442-0-0-1	Vigencia	01/01/2026 - 01/01/2027	Certificado	1-1001588-2	Fecha de Ingreso a Atlas	01/01/2014
Nombre del contratante				Nombre y clave del agen			
BCD TRAVEL, S.A. DE C.V.				2810 MARSH MEXICO, AGENTE DE SEGUROS			
Nombre del Titular			Asegurado Afectado				
CAMPOS FALCON JOSEFINA REBECA			SUAREZ CASTILLO MARIO MANUEL				
Fecha de nacimiento	04/03/1963	Sexo	MASCULINO	Edad	63	Parentesco	Conyuge
						Antigüedad	11/03/2005

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital	ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto	502	Fecha Ingreso	12/03/2026	Causa	ENFERMEDAD
Médico Tratante	ELLIU DEMESERIS ZUÑIGA MANRIQUEZ				Clave OII	G724	CPT4 99222
Diagnóstico MIOPATIA INFLAMATORIA AUTOINMUNE							
Tratamiento MEDICO CONSERVADOR							

III. DICTAMEN

Siniestro	D00-03998-2026-001	Médico acepta Convenio	(SI)	Procede Autorización	(SI)	Cubre Hospital	(SI)	Cuarto Estándar	(SI)	Cama Extra	(SI)
Motivo de Improcedencia											
Suma Autorizada	\$ 200,000.00 M.N. (DOSCIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.)-----										

LA SUMA ASEGURADA AUTORIZADA INCLUYE IVA

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.

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.

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 17/03/2026	Fecha de vencimiento 31/03/2026

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.



FAVOR DE REPORTAR EL INGRESO A SEGUROS ATLAS

FOLIO **D00-03998-2026-001**

AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO DE HONORARIOS

I. DATOS DE LA POLIZA

MEDICOS Y PROVEEDORES

Póliza	D00-3-3-984442-0-0-1	Vigencia	01/01/2026 - 01/01/2027	Certificado	1-1001588-2	Fecha de Ingreso a Atlas	01/01/2014
Nombre del contratante	BCD TRAVEL, S.A. DE C.V.			Nombre y clave del agente	2810 MARSH MEXICO, AGENTE DE SEGURO		
Nombre del Titular	CAMPOS FALCON JOSEFINA REBECA		Asegurado Afectado	SUAREZ CASTILLO MARIO MANUEL			
Fecha de nacimiento	04/03/1963	Sexo	MASCULINO	Edad	63	Parentesco	Conyuge
						Antigüedad	11/03/2005

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital	ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto	502	Fecha Ingreso	12/03/2026	Causa	ENFERMEDAD
Médico Tratante	ELLIU DEMESERIS ZUÑIGA MANRIQUEZ				Clave OII	G724	CPT4 99222
Diagnóstico	MIOPATIA INFLAMATORIA AUTOINMUNE						
Tratamiento	MEDICO CONSERVADOR						

III. DICTAMEN

Siniestro	D00-03998-2026-001	Médico acepta Convenio	(SI)	Procede Autorización	(SI)
Suma Autorizada	\$ 11,125.00 M.N. (ONCE MIL CIENTO VEINTI CINCO PESOS 00/100 M.N.)-----				

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

PROVEEDORES ADICIONALES

DR ELLIU DEMESERIS ZUÑIGA MANRIQUEZ HM URGENCIA Y 5 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.
--

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

URGENCIAS	\$ 3,000.00 M.N.
CONSULTA INTRAHOSPITALARIA	\$ 8,125.00 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 17/03/2026	Fecha de vencimiento 31/03/2026

Elaboró: DRALOPEZ

SEGUROS ATLAS S.A.