

FOLIO D00-04635-2026-002

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

Póliza E01-3-3-720971-0-0-1	Vigencia 01/01/2026 - 31/12/2026	Certificado 3-16280-4	Fecha de Ingreso a Atlas 27/10/2025
Nombre del contratante FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA		Nombre y clave del agente 18572 SECTOR PUBLICO 1	
Nombre del Titular LOPEZ RAMIREZ MARIO ALBERTO		Asegurado Afectado LOPEZ OCHOA LUIS ELIAS	
Fecha de nacimiento 16/12/2019	Sexo MASCULINO	Edad 6	Parentesco Hijo(a)
			Antigüedad 27/10/2025

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital ANGELES CLINICA LONDRES	No. Cuarto	Fecha Ingreso 01/04/2026	Causa ENFERMEDAD
Médico Tratante ANDRES FERNANDO MENJIVAR RIVERA		Clave Oll N470	CPT4 54161
Diagnóstico FIMOSIS PATOLÓGICA			
Tratamiento CIRCUNCISION			

III. DICTAMEN

Siniestro D00-04635-2026-002	Médico acepta Convenio (SI)	Procede Autorización (SI)	Cubre Hospital (SI)	Cuarto Estándar (SI)	Cama Extra (SI)
Motivo de Improcedencia					
Suma Autorizada	\$ 80,000.00 M.N. (OCHENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)				

LA SUMA ASEGURADA AUTORIZADA INCLUYE IVA

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 5,000.00M.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.
 SE LE INFORMA AL MÉDICO Y AL HOSPITAL QUE PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE IMPLIQUE TECNOLOGÍA, EQUIPO, MATERIAL, MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, DEBER SOLICITAR AUTORIZACIÓN PREVIA. NO SE CUBRE RENTA DE EQUIPOS, INSUMOS DE ANESTESIA DE CUALQUIER TIPO PROPORCIONADOS POR PROVEEDORES EXTERNOS Y AJENOS AL ÁREA DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL. EN PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA, LA VALORACIÓN Y LABORATORIOS PREOPERATORIOS NO SE CUBREN DURANTE INGRESO, SE VALORARÁN POR REEMBOLSO.

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  ANALISIS DE CUENTAS
Fecha y hora de visita	Fecha de expedición 31/03/2026	Fecha de vencimiento 14/04/2026

Elaboró: BREMORCA

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.

