

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA612

Episodio:1501226616

Fecha de Ingreso: 05.12.2025

Hora de Ingreso: 14:21:00

Fecha de Egreso : 06.12.2025

Hora de Egreso : 19:29:00

Paciente: KELLY SARAI PEREZ NAVARRETE

Página: 4 de 4

Fecha: 07.12.2025 Hora: 08:33:19

Compañia: SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA

Médico: DANIEL CAMPOS IRIGOYEN

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	9,313.84
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	1,890.08
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	705.92
CARGOS INSUMOS	3,062.90
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	35,877.39
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	3,084.71
CARGOS URGENCIAS	5,220.48
DEDUCIBLES	5,000.00-

Importe:	59,155.32
Descuentos:	0.00
Sub-total:	59,155.32
IVA (16,00%) :	8,664.85
Total de Cargos:	67,820.17
Deducible:	5,000.00-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	62,820.17

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA612

Episodio:1501226616

Paciente: KELLY SARAI PEREZ NAVARRETE

Fecha de Ingreso: 05.12.2025

Hora de Ingreso: 14:21:00

Fecha de Egreso : 06.12.2025

Hora de Egreso : 19:29:00

Página: 1 de 2

Fecha: 07.12.2025 Hora: 08:34:12

Compañía: Paciente particular

Médico: DANIEL CAMPOS IRIGOYEN

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
07.12.2025	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	5,000.00	0.00	5,000.00	800.00	5,800.00	5,800.00	08:32	HSALHERNANDE

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

Importe:	0.00
Descuentos:	0.00
Sub-total:	0.00
IVA(16,00%):	800.00
Total de Cargos:	800.00
Deducible:	5,000.00
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	5,800.00

ATENCION HOSPITALARIA

Folio **518985**

I. Datos de la póliza

Póliza número F0133720961 Vigencia: del 01/01/2025 al 01/01/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 2-15257-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante Fiscalia General de la Republica Teléfono _____
 Nombre del titular Piero Navonete Kelly Sarai
 Nombre del asegurado afectado Kelly Sarai Piero Navonete
 Fecha de nacimiento 29/11/1994 Edad 31 Sexo: Masculino () Femenino (X)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Titular
 Fecha de alta a la póliza 01/01/25 Fecha de antigüedad 01/11/24 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angela Christie Honduras Cuarto _____ Fecha y hora ingreso 05/ Dic/2025
 Médico tratante Dr. Daniel Campos Drigoyen
 Causa del internamiento Accidente () Enfermedad 203/451/700 (X)
 Diagnóstico Esguine de mano derecha + Cericoalga Protoamotica Sistematizada
 Tratamiento Medico Conservador Clave 99222

+ Lombalgia Protoamotica Sistematizada **III. Dictamen**

Siniestro número Deo 21 977 2025 Procede la reclamación Si (X) No ()
 Causa del rechazo _____
 Suma asegurada \$ 69,000 Cantidad con letra Seventy y nueve mil pesos ordinarios
 Cubre Hospital (X) Cuarto standard (X) Cama extra (X)
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios
 Honorarios cirujano \$ _____ Por tratamiento médico \$ _____
 Ayudante 1° \$ _____ Ayudante 2° \$ _____
 Honorarios anestesista \$ _____ Otros \$ _____
 Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 5,000 Coaseguro 0 % \$ Deducible más IVA

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas acompañantes, llamadas larga distancia, gastos de recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces) excedentes de habitación standard y películas, estacionamiento, 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 por esta reclamación.

Sin dudas

Daniel Campos Drigoyen
 Nombre y firma médico asesor Teléfono _____ Enterado paciente o familiar _____ Recibe hospital _____

Nota: Solicitar al hospital factos por pago de deducible y lo coaseguro lo cual debe de presentar ante la aseguradora por cualquier tiempo posterior.

CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx

ATENCION HOSPITALARIA

Seguros Atlas.
La empresa a mi medida

Folio **518985**

I. Datos de la póliza

Póliza número 50138720961 Vigencia: del 01/01/2025 al 01/01/26 Pagada Si () No ()
 Certificado número 2-15257-1 Identificación con: _____
 Nombre del contratante Fiscalía General de la República Teléfono _____
 Nombre del titular Yairo Nuñez Kelly Saici
 Nombre del asegurado afectado Kelly Saici Pérez Nuñez
 Fecha de nacimiento 29/11/1994 Edad 31 Sexo: Masculino () Femenino (x)
 Estado Civil _____ Parentesco con el asegurado principal Titular
 Fecha de alta a la póliza 01/01/25 Fecha de antigüedad 01/01/24 Nacional _____ Extranjera _____

II. Datos de hospitalización

Hospital Angela Clara Landín Cuarto _____ Fecha y hora ingreso 05/ Dic / 2025
 Médico tratante Dr. Daniel Campos Digoyen
 Causa del internamiento _____ Accidente () Enfermedad 23/10/20. x
 Diagnóstico Asesor de res de corte + Cervicología Postoperatoria Subcomet.
 Tratamiento Medica Cervicología Clave 99222

III. Dictamen

Siniestro número 200 21912 2025 Procede la reclamación Si (x) No ()
 Causa del rechazo Certe Heptemas y Hdras
 Suma asegurada \$ _____ Cantidad con letra _____
 Cubre Hospital (x) Cuarto standard (x) Cama extra (x)
 Validez 15 días a partir de la fecha de expedición
 Responsabilidad máxima por pago de honorarios
 Honorarios cirujano \$ _____ Por tratamiento médico \$ 1100 x 10 to mexmo
 Ayudante 1° \$ _____ Ayudante 2° \$ 291 dia (1)
 Honorarios anestesiista \$ _____ Otros \$ 2000. Velación
 Cargos a cuenta del asegurado
 Deducible \$ 5,000 Coaseguro 0 % \$ Draco 1 Deducible mis. I.A

Gastos no cubiertos por la póliza y a cargo del paciente: pañales, comidas acompañantes, llamadas larga distancia, gastos de recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, (pañuelos desechables, shampoo, peine, ropa, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces) excedentes de habitación standard y películas, estacionamiento, 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 por esta reclamación.

Daniel Campos Digoyen
 Nombre y firma médico asesor Teléfono _____ Enterado paciente o familiar _____ Recibe hospital _____

CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas,
 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx