

FOLIO D00-22795-2025-001

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

|                        |                      |            |                         |      |                              |           |  |                          |            |                    |                         |            |  |         |                              |                                      |  |            |  |  |
|------------------------|----------------------|------------|-------------------------|------|------------------------------|-----------|--|--------------------------|------------|--------------------|-------------------------|------------|--|---------|------------------------------|--------------------------------------|--|------------|--|--|
| Póliza                 | L00-3-3-779294-0-0-1 | Vigencia   | 15/04/2025 - 15/04/2026 |      | Certificado                  | 2-5506-1  |  | Fecha de Ingreso a Atlas | 19/11/2024 |                    |                         |            |  |         |                              |                                      |  |            |  |  |
| Nombre del contratante |                      |            |                         |      | HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.    |           |  |                          |            |                    | Nombre y clave del agen |            |  |         |                              | 13378 AGENTE DIRECTO SUCURSAL LEON P |  |            |  |  |
| Nombre del Titular     |                      |            |                         |      | DIAZ HERNANDEZ EDGAR ALFONSO |           |  |                          |            | Asegurado Afectado |                         |            |  |         | DIAZ HERNANDEZ EDGAR ALFONSO |                                      |  |            |  |  |
| Fecha de nacimiento    |                      | 21/06/1993 |                         | Sexo |                              | MASCULINO |  | Edad                     |            | 32                 |                         | Parentesco |  | Titular |                              | Antigüedad                           |  | 19/11/2024 |  |  |

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

|                 |  |            |     |               |            |       |            |
|-----------------|--|------------|-----|---------------|------------|-------|------------|
| Hospital        | ANGELES CLINICA LONDRES                                | No. Cuarto | 613 | Fecha Ingreso | 17/12/2025 | Causa | ACCIDENTE  |
| Médico Tratante | ARTURO LARRAZOLO OCHOA                                 |            |     |               | Clave OII  | M751  | CPT4 99222 |
| Diagnóstico     | RUPTURA PARCIAL DE TENDON SUPRAESPINOSO HOMBRO DERECHO |            |     |               |            |       |            |
| Tratamiento     | MEDICO CONSERVADOR                                     |            |     |               |            |       |            |

III. DICTAMEN

|   |                    |                        |      |                      |      |                |      |                 |      |            |      |
|---|--------------------|------------------------|------|----------------------|------|----------------|------|-----------------|------|------------|------|
| Siniestro   | D00-22795-2025-001 | Médico acepta Convenio | (SI) | Procede Autorización | (SI) | Cubre Hospital | (SI) | Cuarto Estándar | (SI) | Cama Extra | (SI) |
| Motivo de Improcedencia   |                    |                        |      |                      |      |                |      |                 |      |            |      |
| Suma Autorizada \$ 60,000.00 M.N. ( SESENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)----- |                    |                        |      |                      |      |                |      |                 |      |            |      |

Cargos a cuenta del Asegurado Deducible \$ 0.00 M.N. Coaseguro 20.00% 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOTA APLICA COASEGURO HOSPITALARIO POR ENDOSO DE HOSPITALES PARA PLAN OPTIMO  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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](http://www.segurosatlas.com.mx)

|                        |                                |                                 |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Médico Asesor          | Enterado paciente o familiar   | Recibe Hospital                 |
| Fecha y hora de visita | Fecha de expedición 18/12/2025 | Fecha de vencimiento 01/01/2026 |

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.



I. DATOS DE LA POLIZA MEDICOS Y PROVEEDORES

|                        |                              |                           |                                      |             |          |                          |            |
|------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|----------|--------------------------|------------|
| Póliza                 | L00-3-3-779294-0-0-1         | Vigencia                  | 15/04/2025 - 15/04/2026              | Certificado | 2-5506-1 | Fecha de Ingreso a Atlas | 19/11/2024 |
| Nombre del contratante | HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.    | Nombre y clave del agente | 13378 AGENTE DIRECTO SUCURSAL LEON F |             |          |                          |            |
| Nombre del Titular     | DIAZ HERNANDEZ EDGAR ALFONSO | Asegurado Afectado        | DIAZ HERNANDEZ EDGAR ALFONSO         |             |          |                          |            |
| Fecha de nacimiento    | 21/06/1993                   | Sexo                      | MASCULINO                            | Edad        | 32       | Parentesco               | Titular    |
|                        |                              |                           |                                      |             |          | Antigüedad               | 19/11/2024 |

II. DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

|                 |  |            |     |               |            |       |            |
|-----------------|--|------------|-----|---------------|------------|-------|------------|
| Hospital        | ANGELES CLINICA LONDRES                                | No. Cuarto | 613 | Fecha Ingreso | 17/12/2025 | Causa | ACCIDENTE  |
| Médico Tratante | ARTURO LARRAZOLO OCHOA                                 |            |     |               | Clave OII  | M751  | CPT4 99222 |
| Diagnóstico     | RUPTURA PARCIAL DE TENDON SUPRAESPINOSO HOMBRO DERECHO |            |     |               |            |       |            |
| Tratamiento     | MEDICO CONSERVADOR                                     |            |     |               |            |       |            |

III. DICTAMEN

|                 |  |                        |      |                      |      |
|-----------------|--|------------------------|------|----------------------|------|
| Siniestro       | D00-22795-2025-001   | Médico acepta Convenio | (SI) | Procede Autorización | (SI) |
| Suma Autorizada | \$ 4,200.00 M.N. ( CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)----- |                        |      |                      |      |

Responsabilidad máxima por Conceptos y Montos Autorizados

PROVEEDORES ADICIONALES

|  |  |
|--|--|
|  |  |
| ENVIAR FACTURA HOSPITALARIA A SEGUROS ATLAS DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15 HRS.<br>ENVIAR FACTURAS Y/O RECIBOS A SEGUROS ATLAS DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15 HRS.<br>NOTA APLICA COASEGURO HOSPITALARIO POR ENDOSO DE HOSPITALES PARA PLAN OPTIMO |  |

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                  | \$ 2,000.00 M.N. |  |
| CONSULTA INTRAHOSPITALARIA | \$ 2,200.00 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](http://www.segurosatlas.com.mx)

|                        |                                |                                 |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Médico Asesor          | Enterado paciente o familiar   | Recibe Hospital                 |
| Fecha y hora de visita | Fecha de expedición 18/12/2025 | Fecha de vencimiento 01/01/2026 |

Elaboró: DRALOPEZ

SEGUROS ATLAS S.A.

## Información Importante:

### Identificación de Gestores Médicos en hospitales privados

Ciudad de México, Junio de 2025.- La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP) reiteramos nuestro compromiso con la protección integral de los pacientes asegurados y la operación ética y segura de los servicios de salud privada en México.

A través de los controles de acceso y vigilancia se ha detectado **la participación de terceros no autorizados, comúnmente conocidos como “gestores médicos”,** en procesos relacionados con el manejo de pólizas de seguros de gastos médicos.

Estas personas, que se ostentan como gestores médicos o intermediarios para ofrecer supuestos apoyos a los asegurados en el trámite de siniestros de gastos médicos, **son ajenas a las compañías aseguradoras y a los agentes de seguros.**

La intervención de estos actores, sin vínculo formal con las compañías aseguradoras ni autorización para gestionar pólizas, **representa un riesgo significativo tanto para los hospitales como para los pacientes,** ya que:

- Pueden inducir a los asegurados a **compartir información personal y confidencial** (como número de póliza o datos médicos), **exponiéndolos a posibles fraudes, robo de identidad o uso indebido de sus beneficios contratados, incluyendo la afectación de la suma asegurada.**
- Se han detectado prácticas asociadas a la promoción de servicios no necesarios, atención a personas no cubiertas o procedimientos sin sustento clínico, lo cual compromete tanto la integridad del sistema hospitalario como la relación con las aseguradoras.
- Se ha documentado que estos individuos buscan establecer presencia dentro de las instalaciones hospitalarias, lo cual puede vulnerar la seguridad institucional y afectar la calidad en la toma de decisiones clínicas o administrativas.

Invitamos a reportar cualquier caso sospechoso a través de los canales oficiales establecidos por cada aseguradora y/o a las autoridades de los hospitales, a fin de prevenir afectaciones patrimoniales a los pacientes y garantizar el correcto funcionamiento del sistema de salud privado, adicionalmente, ponemos a su disposición los siguientes correos: [hospitales@anhp.mx](mailto:hospitales@anhp.mx) y [contacto@amis.com.mx](mailto:contacto@amis.com.mx).

Reiteramos que la información de pólizas, diagnósticos y procesos de aseguramiento solo debe compartirse con representantes oficiales de las compañías aseguradoras, agentes debidamente registrados y personal de los hospitales que estén debidamente identificados.