

ATENCION HOSPITALARIA

ANULA A PREVIA AUTORIZACION

I. DATOS DE LA POLIZA

FOLIO: D0041090002014003

Póliza Número	Vigencia	Certificado Número	Pagada
41-D00-1466/85	07/11/2013 al 07/11/2014	1 1 1	SI () NO ()
Nombre del Contratante		Identificación con:	
MARIA CRISTINA MENDEZ LACARRA			
Nombre del Agente	Clave	Nombre del Titular	
AGENTE DIRECTO	9999	MENDEZ LACARRA MA CRISTINA	
Nombre del Asegurado Afectado	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
MENDEZ LACARRA MA CRISTINA	02/10/1951	62	M () F (X)
Estado Civil	Parentesco con el Asegurado Principal		
CASADO(A)	TITULAR		
Fecha de Alta a la Póliza	Fecha de Antigüedad		
07/11/2008	Nacional 07/11/2008 Extranjera 00/00/0000		

II. DATOS DE HOSPITALIZACION

Hospital	Cuarto No.	Fecha
ANGELES LOMAS		03/11/2014
Médico Tratante	Teléfono	
DR MIGUEL HUERTA GARCIA		
Causa del Internamiento		
	Accidente ()	Enfermedad (X)
Diagnóstico	Clave	CPT4
LESIÓN EN PIEL DE PÁRPADO INFERIOR IZQUIERDO DE ORIGEN A DETERMINAR	L990 X Q	11646
Tratamiento	RESECCIÓN DE LESION ESTUDIO TRANSOPERATORIO HASTA LECHO LIBRE DE LESIÓN CON RECONSTRUCCIÓN	

III. DICTAMEN

SINIESTRO NUMERO	D00 9000 2014	Médico acepta convenio	SI (X)	PROCEDE AUTORIZACION	SI (X)
Causa					
Importe Autorizado para Hospital	\$ 50,000.00	Cantidad con letra	(CINCUENTA MIL PESOS 0/100 M.N.)		
Cuota Hospital	SI (X)	Cuarto Estándar	SI (X)	Cama extra	SI (X)
Responsabilidad máxima por Pago de Honorarios.					
Honorarios Cirujano	\$ 11,000.00	Por tratamiento Médico	\$ 0.00		
Ayudante 1o.	\$ 2,200.00				
Ayudante 2o.	\$ 0.00				
Honorarios Anestesiista	\$ 3,300.00	Otros	\$ 0.00		
Cargos a cuenta del Asegurado					
Deducible	\$ 2,018.70	Coaseguro	\$ 0.00	Deducible y Coaseguro cobro neto sin IVA.	
Si requiere factura por este concepto favor de solicitarla a Seguros Atlas, S.A.					
OBSERVACIONES:					
EL MEDICO NO COBRARA DIFERENCIAS DE HONORARIOS.					
ENVIAR RECIBOS LUNES 8 A 15H					

Gastos no cubiertos por la póliza 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.), excedentes de habitación estándar 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. obligándose a cubrir los gastos que se erogan por esta reclamación.

Nombre y firma Médico Asesor	Teléfono	Enterado paciente o familiar	Recibe Hospital
VIRGILIO AGUILAR GONZALEZ			
Fecha y Hora (de Visita):			Fecha de Expedición: 31/10/2014 17:26

Elaboró: DR. VIRGILIO AGUILAR GONZALEZ

Fecha de Vencimiento 15/11/2014

CONTRATO DE NO ADHESION NO REQUIERE AUTORIZACION POR LA C.N.S.F.
AGENTE Y/O ASEGURADO