

# Reporte de Control de Costos



Siniestro:

2250255047

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	04/12/2025	a	05/12/2025
Hospital	* Periodo de estancia Facturado		No. de Folio de Factura
MARIA EUGENIA ZARATE RODRIGUEZ			
Nombre del paciente		Habitación	

## Desglose de gastos a cubrir por el asegurado

Fecha	Concepto	Motivo de rechazo	Cantidad no amparado en unidades	Importe total no amparado
04/12/2025 10:11:00	1000015834 OMEPRAZOL SOL INY FCO AMP 40MG/10ML	GASTO NO RELACIONADO CON EL PADECIMIENTO	1	\$ 393.12
05/12/2025 13:48:00	2000025357 PROTECTOR ULTRAS 61X91 UPLDPRO 2436 C10	GASTO PERSONAL	1	\$ 176.60
05/12/2025 13:37:00	ADM-100043 USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	GASTO PERSONAL	1	\$ 92.83
04/12/2025 13:50:00	ADM-100043 USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	GASTO PERSONAL	1	\$ 92.83
04/12/2025 14:32:00	2000025388 CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	GASTO PERSONAL	3	\$ 21.69
04/12/2025 10:11:00	2000025388 CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	GASTO PERSONAL	1	\$ 7.23
<b>Total a cubrir por el asegurado</b>				<b>\$ 784.30</b>

	<b>Cuenta revisada:</b>	<b>\$ 60,146.55</b>
<b>Gastos no amparados -</b> <b>Total no amparado por aseguradora:</b>	<b>a cubrir por el Asegurado:</b>	<b>\$ 784.30</b>
	<b>Desvíos en aclaración con el Proveedor:</b>	<b>\$ 0.00</b>
<b>Importe total autorizado (Sin IVA) = Importe de la carta de autorización:</b>		<b>\$ 59,362.25</b>
<b>Importe total autorizado (Con IVA):</b>		<b>\$ 68,860.21</b>

## Observaciones

Clave	Descripción

## Autorización

Fecha y firma de médico dictaminador	* Fecha y firma del hospital
CARLOS TAPIA	
Nombre	Nombre

\*Nota importante: Por medio del presente documento nos damos por enterados de los gastos no amparados por METLIFE MEXICO SA. correspondientes al periodo de estancia facturado e indicado en este reporte de control de costos

AVENIDA INSURGENTES SUR 1457, INSURGENTES MIXCOAC, 03920 CIUDAD DE MÉXICO, MEXICO

Teléfono: 52 53 28 7000

# Reporte de Control de Costos



Siniestro:

2250255047

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)

HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	04/12/2025	a	05/12/2025	
Hospital	* Periodo de estancia Facturado			No. de Folio de Factura
MARIA EUGENIA ZARATE RODRIGUEZ				
Nombre del paciente				Habitación

## Desglose de gastos en revisión o aclaración con el proveedor

Fecha	Concepto	Motivo de rechazo	Cantidad no amparado en unidades	Importe total no amparado
SIN DESVÍOS				

	Cuenta revisada:	\$ 60,146.55
Gastos no amparados - Total no amparado por aseguradora:	a cubrir por el Asegurado:	\$ 784.30
	Desvíos en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
<b>Importe total autorizado (Sin IVA) = Importe de la carta de autorización:</b>		<b>\$ 59,362.25</b>
	Importe total autorizado (Con IVA):	\$ 68,860.21

## Observaciones

Clave	Descripción

## Autorización

Fecha y firma de médico dictaminador	* Fecha y firma del hospital
CARLOS TAPIA	
Nombre	Nombre

\*Nota importante: Por medio del presente documento nos damos por enterados de los gastos no amparados por METLIFE MEXICO SA. correspondientes al periodo de estancia facturado e indicado en este reporte de control de costos

AVENIDA INSURGENTES SUR 1457, INSURGENTES MIXCOAC, 03920 CIUDAD DE MÉXICO, MEXICO

Teléfono: 52 53 28 7000