

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
Total a cubrir por el asegurado				\$ 784.30

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

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 -		a cubrir por el Asegurado:	\$ 784.30
Total no amparado por aseguradora:	\$ 784.30	Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
Importe total autorizado (Sin IVA) = Importe de la carta de autorización:			\$ 59,362.25
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