

Reporte de Control de Costos



Siniestro:

1260209195 /1260204697

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	28/01/2026 a 29/01/2026	
Hospital	* Periodo de estancia Facturado	No. de Folio de Factura
JACQUELINE HERNANDEZ GARCIA		
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
29/01/2026 14:25:00	2000075448 GUANTE LIB/LATEX 6.5 8513 C50	CONDICIONADO A INDICACIÓN Y/O DICTÁMEN MÉDICO	1	\$ 157.85
28/01/2026 23:10:00	ADM-100043 USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	GASTO PERSONAL	1	\$ 97.47
29/01/2026 13:58:00	2000025388 CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	GASTO PERSONAL	2	\$ 14.46
Total a cubrir por el asegurado				\$ 269.78

		Cuenta revisada:	\$ 421,772.89
Gastos no amparados - Total no amparado por aseguradora:		a cubrir por el Asegurado:	\$ 269.78
\$ 269.78		Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
Importe Total Autorizado sin IVA			\$ 421,503.11
IMPORTE TOTAL AUTORIZADO CON IVA			\$ 488,943.61

Observaciones	
ALTA	
Clave	Descripción

Autorización	
29/01/2026	
Fecha y firma de médico dictaminador	* Fecha y firma del hospital
AZUL NAVA	
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:

1260209195 /1260204697

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	28/01/2026	a 29/01/2026
Hospital	* Periodo de estancia Facturado	
JACQUELINE HERNANDEZ GARCIA	No. de Folio de Factura	
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:	\$ 421,772.89
Gastos no amparados -		a cubrir por el Asegurado:	\$ 269.78
Total no amparado por aseguradora:	\$ 269.78	Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
Importe Total Autorizado sin IVA			\$ 421,503.11
IMPORTE TOTAL AUTORIZADO CON IVA			\$ 488,943.61

Observaciones
ALTA

Clave	Descripción
-------	-------------

Autorización	
29/01/2026	
Fecha y firma de médico dictaminador	* Fecha y firma del hospital
AZUL NAVA	
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