

# Reporte de Control de Costos



Siniestro: 1260209174

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	20/02/2026   a   22/02/2026	No. de Folio de Factura
Hospital	* Periodo de estancia Facturado	
MARIANA GLORIA DIAZ		Habitación
Nombre del paciente		

Desglose de gastos a cubrir por el asegurado				
Fecha	Concepto	Motivo de rechazo	Cantidad no amparado en unidades	Importe total no amparado
20/02/2026 20:08:00	ADM-100043 USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	GASTO PERSONAL	1	\$ 97.47
<b>Total a cubrir por el asegurado</b>				<b>\$ 97.47</b>

		Cuenta revisada:	\$ 185,988.82
Gastos no amparados - Total no amparado por aseguradora: \$ 97.47		a cubrir por el Asegurado:	\$ 97.47
		Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
		Importe Total Autorizado sin IVA	\$ 185,891.35
		<b>IMPORTE TOTAL AUTORIZADO CON IVA</b>	<b>\$ 215,633.97</b>

<b>Observaciones</b>

Clave	Descripción

<b>Autorización</b>	
Fecha y firma de médico dictaminador	* Fecha y firma del hospital
KARLA OTERO	
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: 1260209174

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	20/02/2026	a 22/02/2026
Hospital	* Periodo de estancia Facturado	No. de Folio de Factura
MARIANA GLORIA DIAZ		
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:	\$ 185,988.82
		a cubrir por el Asegurado:	\$ 97.47
Gastos no amparados - Total no amparado por aseguradora:	\$ 97.47	Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
		Importe Total Autorizado sin IVA	\$ 185,891.35
		<b>IMPORTE TOTAL AUTORIZADO CON IVA</b>	<b>\$ 215,633.97</b>

Observaciones	

Clave	Descripción

Autorización	
Fecha y firma de médico dictaminador	* Fecha y firma del hospital
KARLA OTERO	
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