

Reporte de Control de Costos



Siniestro:

2260212414

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	20/03/2026 a 22/03/2026	
Hospital	* Periodo de estancia Facturado	No. de Folio de Factura
LUIS HUMBERTO CORRALES PEREZ		
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
21/03/2026 12:02:00	2000010930 PROTECTOR CUTANEO NOSTING HIS 3343 C25	GASTO PERSONAL	1	\$ 124.16
21/03/2026 11:56:00	ADM-100043 USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	GASTO PERSONAL	1	\$ 97.47
22/03/2026 00:21:35	ADM-100043 USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	GASTO PERSONAL	1	\$ 97.47
20/03/2026 18:46:00	2000025388 CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	GASTO PERSONAL	1	\$ 7.23
Total a cubrir por el asegurado				\$ 326.33

		Cuenta revisada:	\$ 87,672.42
Gastos no amparados - Total no amparado por aseguradora: \$ 326.33		a cubrir por el Asegurado:	\$ 326.33
		Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
Importe Total Autorizado sin IVA			\$ 87,346.09
IMPORTE TOTAL AUTORIZADO CON IVA			\$ 101,321.46

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

Reporte de Control de Costos



Siniestro: 2260212414

Control de gastos no amparados (para ser llenado por el médico dictaminador)		
HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	20/03/2026	a 22/03/2026
Hospital	* Periodo de estancia Facturado	No. de Folio de Factura
LUIS HUMBERTO CORRALES PEREZ		Habitación
Nombre del paciente		

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:	\$ 87,672.42
Gastos no amparados -		a cubrir por el Asegurado:	\$ 326.33
Total no amparado por aseguradora:	\$ 326.33	Desvios en aclaración con el Proveedor:	\$ 0.00
Importe Total Autorizado sin IVA			\$ 87,346.09
IMPORTE TOTAL AUTORIZADO CON IVA			\$ 101,321.46

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