|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÊN CƠ SỞ KCB:………………**MÃ SỐ……………………………..--------------- |  | **Mẫu số: C79-HD***(Ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC)* |

**TỔNG HỢP CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

*Tháng ………Quý…….. Năm ……………….*

*(Gửi cùng files dữ liệu hàng tháng)*

*Đơn vị tính:*………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Năm sinh** | **Giới tính** | **Mã thẻ BHYT** | **Mã bệnh** | **Ngày vào** | **Ngày ra** | **Số ngày điều trị thực tế** | **CHI PHÍ TRONG PHẠM VI BHYT** | **Chi phí ngoài phạm vi BHYT** |
| **Tổng cộng** | **Theo nhóm chi phí** | **Quỹ BHYT trả** | **Người bệnh** | **Nguồn khác** |
| **Khám bệnh** | **Ngày giường** | **Xét nghiệm** | **CĐHA, TDCN** | **TT, P** | **Máu** | **Thuốc dịch** | **VT YT** | **Vận chuyển người bệnh** | **Tại tỉnh, thành phố** | **Tại Trung ương** | **NĐ 70** | **Cùng chi trả** | **Tự trả** | **NSĐP** | **Hỗ trợ, tài trợ** |
| A | B | C | D | E | G | H | I | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| **A. KHÁM , CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A1** | **ĐỐI TƯỢNG THEO NGHỊ ĐỊNH 146** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** | ***Người bệnh ĐKBĐ tại cơ sở KCB……………lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | ***Người bệnh nội tỉnh đến:………….lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** | ***Người bệnh ngoại tỉnh đến……………..lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A2** | **ĐỐI TƯỢNG THEO NGHỊ ĐỊNH 70** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** | ***Người bệnh ĐKBĐ tại cơ sở KCB………….lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | ***Người bệnh nội tỉnh đến:……………lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** | ***Người bệnh ngoại tỉnh đến…………lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B** | **ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B1** | **ĐỐI TƯỢNG THEO NGHỊ ĐỊNH 146** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** | ***Người bệnh ĐKBĐ tại cơ sở KCB……………..lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | ***Người bệnh nội tỉnh đến:……………………lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** | ***Người bệnh ngoại tỉnh đến………….lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B2** | **ĐỐI TƯỢNG THEO NGHỊ ĐỊNH 70** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** | ***Người bệnh ĐKBĐ tại cơ sở KCB……………..lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | ***Người bệnh nội tỉnh đến:…………………..lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** | ***Người bệnh ngoại tỉnh đến:………………..lượt*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng A+B…………….lượt** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ) ………………………………………..đồng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BIỂU***(Ký, họ tên)* | **KẾ TOÁN TRƯỞNG***(Ký, họ tên)* | *Ngày ….tháng….. năm ....***THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký, họ tên, đóng dấu)* |