

**THÔNG BÁO KẾT QUẢ GIÁM ĐỊNH
CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội

Họ và tên bệnh nhân:Năm sinh:..... Giới tính.....

Địa chỉ:

Nơi khám, chữa bệnh:.....Tuyến bệnh viện:.....

KẾT QUẢ GIÁM ĐỊNH

(mỗi mã thẻ BHYT, mỗi đợt KCB tương ứng với một kết quả giám định)

Số thẻ BHYT giá trị từ:...../...../.....

Nơi đăng ký KCB ban đầu:

Loại KCB: Nội trú Ngoại trú

Thời gian : từ...../...../..... đến/...../..... Số hồ sơ:.....

1. Tình trạng khi nhập viện: Cấp cứu/Thông tuyến/Trái tuyến Không cấp cứu

2. Chẩn đoán:.....Mã bệnh:

3. Lý do chưa được hưởng quyền lợi KCB BHYT: 1/2/3/4

4. Số tiền đề nghị theo hóa đơn:.....

5. Chi tiết chi phí sau giám định:

Các khoản chi người bệnh đề nghị thanh toán	Tổng số tiền đề nghị giám định	Diễn giải			
		Chi phí KCB theo Nghị định 146	Chi phí KCB theo Nghị định 70	Chi phí người bệnh tự chi trả	Ghi chú
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A. Chi phí KCB trong phạm vi được hưởng BHYT					
1. Khám bệnh					
2. Ngày giường					
3. Xét nghiệm					
4. Chẩn đoán hình ảnh, TDCN					
5. Thủ thuật, phẫu thuật					
6. Máu, chế phẩm máu					
7. Thuốc, dịch truyền					

8. VTYT thanh toán riêng					
9. Thuốc theo điều kiện tỷ lệ					
10. DVKT theo điều kiện tỷ lệ					
11. VTYT theo điều kiện tỷ lệ					
12. Chi phí vận chuyển					
B. Chi phí ngoài phạm vi được hưởng BHYT					
C. Chi phí cùng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở					

Ghi chú:

- Chi phí KCB theo Nghị định số 146 bao gồm cả bệnh nhân cùng chi trả;
- Kèm theo Bảng kê chi phí KCB của người bệnh.

6. Kết luận:

Quỹ BHYT thanh toán:.....

Ngoài phạm vi BHYT thanh toán:.....

Người bệnh cùng chi trả:.....

Người bệnh tự trả:.....

Các khoản tiền không chấp nhận thanh toán (nêu rõ lý do):

.....
.....
.....

....., ngày tháng năm....

Giám định viên Trưởng phòng Giám định BHYT
(Ký, họ tên) (Ký, họ tên)

Giám đốc BHXH.....
(Ký, họ tên, đóng dấu)