|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN CƠ SỞ KCB:………..…...**MÃ SỐ ………………………... | **Mẫu số: 21/BHYT***(Ban hành kèm theo Công văn số /BHXH-CSYT ngày /01/2019 của BHXH Việt Nam)* |

**TỔNG HỢP DỊCH VỤ KỸ THUẬT THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ**

***Tháng ........... quý ............. năm ...........***

*(Kèm theo file dữ liệu điện tử hằng tháng)*

Đơn vị: đồng

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Mã dịch vụ kỹ thuật | Tên dịch vụ y tế | Tỷ lệ thanh toán | Số lượng | Đơn giá | Thành tiền | Đề nghị quỹ BHYT thanh toán |
| Ngoại trú | Nội trú |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I. Khám bệnh** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Ngày giường** |  |  |  |  |  |  |
| 1.Ngày giường điều trị ban ngày |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.Ngày giường điều trị nội trú |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.Ngày giường lưu |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III. Xét nghiệm** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ...... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. Chẩn đoán hình ảnh** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V. Thăm dò chức năng** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VI. Thủ thuật** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VII. Phẫu thuật** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ....... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TỔNG CỘNG (I+II+….+VII)** |  |  |  |  |  |  |

*Tổng số tiền dịch vụ kỹ thuật đề nghị thanh toán (viết bằng chữ):*……………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Người lập(Ký, ghi rõ họ tên) | Kế toán trưởng(Ký, ghi rõ họ tên) | Giám đốc(Ký, họ tên, đóng dấu) |