

漳州市参保人员住院费用结算表

姓名:			医 疗 机 构 名 称:		
医疗保险号:			住院日期:		
			出院日期:		
住院号:			住院次数:		
项目	医保金额	非医保金额	项目	医保金额	非医保金额
西药费:			护理费:		
成药费:			检查费:		
草药费:			化验费:		
挂号费:			治疗费:		
床位费:			手术费:		
诊察费:			其他费:		
救护车费:			MRI 费:		
CT 费:			彩超费:		
输氧费:			输血费:		
麻醉费:			麻醉相关项目 费:		
其他医疗费:					
医疗费用总金额:			目录内医保段支付:		
非医保费用:			其中起付线:		
目录内费用:			目录内大额段支付:		
统筹基金支付:			大额保险基金支付:		
个人现金支付:			大额保险未付费用:		
个人账户支付:			超大额保险费用:		
公务员补助金额:			其中账户代扣金额:		
患者或委托人签名:		医院审核人签名:		医院盖收费章（未盖章无效）	

备注:有“大额保险未付费用”的, 参保患者需到大额补充保险擦窗口办理报销手续, 报销截止时间为发生费用的次年 3 月 31 日前 (电话:2029301)