附件12

|  |
| --- |
| 广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核说明（居民医保） |
| 就医地（统筹区）名称： | 就医地（审核）经办机构名称： | 参保地（统筹区）名称： |
| 就医地（统筹区）代码： | 就医地（审核）经办机构代码： | 参保地（统筹区）代码： |
| 费用申报定点医药机构名称： | 申报结算日期：2021-07-01 至 2021-07-31 |  |
| 费用申报定点医药机构代码： | 业务交接号： | 金额单位：元（保留两位小数） |
| 医疗费用审核 | 审核医疗费用所属月份 | 业务交接号 | 姓名 | 性别 | 身份证件号码 | 人员类别 | 待遇类型 | 就诊时间 | 审核情况 | 扣减人次 | 扣减金额 | 备注 |
| 2021年7月 |  |  |  |  | 居民 | 普通门诊/门诊特定病种/重大疫情特殊医疗保障门诊 | 2021年7月1日 |  |  |  |  |
| 补拨补扣 | 补拨补扣医疗费用所属月份 | 业务交接号 | 姓名 | 性别 | 身份证件号码 | 人员类别 | 待遇类型 | 就诊时间 | 审核情况 | 补拨补扣人次 | 补拨补扣金额 | 备注 |
| 2021年4月 |  |  |  |  | 居民 | 普通门诊/门诊特定病种/重大疫情特殊医疗保障门诊 | 2021年4月1日 |  |  |  |  |
| 专项补拨补扣 | 例：根据……，补拨/补扣2021年2月10日至3月15日期间参保人员王某某等50人次（45人）医疗费用合计12800元（具体扣减明细情况可向我单位核实） |
| 就医地（审核）经办机构医疗费用审核部门联系人： | 联系电话： | 制表时间： 年 月 日 |