附件3

汕尾市基本医疗保险DRG付费特病单议病例申请汇总表

医疗机构名称：（盖章） 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 住院号 | 姓名 | 结算序号 | 出院日期 | 结算日期 | 出院科室 | 医疗总费用 | DRGs分组编码 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

联系人： 联系电话：