

发票遗失公示

兹有我县基本医疗保险参保人龚道容，因原始票据遗失，提供五峰土家族自治县中医医院发票复印件等资料申请医疗费用报销。根据《省医疗保障局关于基本医疗保险和生育保险医疗费用收费原始票据遗失报销有关事项的通知》（鄂医保发〔2020〕63号）要求，现对相关情况进行公示，公示期间如有异议，请与五峰土家族自治县医疗保障服务中心联系举报。

姓名：龚道容

参保地：五峰土家族自治县

参保险种：城乡居民基本医疗保险

票据金额：719.53元

开票日期：2023年01月28日

票据号：0941632641、0941632692

公示期：2023年2月23日至2023年3月22日

举报电话：0717-5829005

五峰土家族自治县医疗保障服务中心

2023年2月23日

