附件4

汕尾市基本医疗保险DRG点数付费特病单议病例

评审意见表

( 年 月至 年 月病例)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 住院号 |  |
| 医疗机构 |  | 病例类型 |  | 科室 |  |
| 结算时间 |  | 医保号 |  | 身份证号 |  |
| 初审意见:  签名: 单位(盖章) :  年 月 日 | | | | | |
| 专家意见:  签名: 年 月 日 | | | | | |
| 医保经办机构意见:  签名: 单位(盖章) :  年 月 日 | | | | | |