附件1

汕尾市基本医疗保险DRG付费特病单议申请表

医疗机构名称（盖章）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 结算单据号 |  |
| 住院号 |  | 医院名称 |  |
| 临床诊断 |  |
| 病例类型 |  |
| 分组名称及分组编码： |
| 申请理由 |  |
| 定点机构审核意见 |  |
| 各县（市、区）医保中心初审意见：材料齐全□ 材料不齐全□签名（盖章）： 年 月 日 |
| 医疗专家组意见：合理□ 不合理□ 不合理费用金额：不合理理由：签名（盖章）： 年 月 日 |
| 审核结论：年 月 日 |
| 填表说明：1、申请理由栏，定点机构应说明使用特殊药品、检治、材料的项目名称、数量、单价、总费用及理由，造成住院时间长的原因等；2、定点机构应对申报病历进行认真审核，包括不合理检治项目及费用，不合理收费项目及费用。 |

填表人： 联系电话：