附件3

|  |
| --- |
| 淄博市基本医疗保险延长医疗康复建议书 |
| 姓 名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 病案号 |  |
| 身份证号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 疾病诊断 | 　 | ICD－10疾病分类编码 | 　 |
| 医疗康复治疗的理由 | 　 |
| 医疗康复治疗的起止时间 | 从 年 月 日至 年 月 日 | 共计 天 |
| 申 请 的 康复项 目 |  |
| 　 | 　经治医生（签名）： 年 月 日 |
| 康复机构意见： | 医疗康复专家组意见：  | 医保经办机构意见：（盖章） |
| 　 | （盖章） | （盖章） |
|  年 月 日  | 　 年 月 日 | 　 年 月 日 |
| 填表须知： |
| 1、对超过规定支付时限的参保人员，应由康复机构评估并填写《淄博市基本医疗保险延长医疗康复建议书》，经医疗康复专家组确认后可适当延长（脑瘫按该项目限定支付规定执行）。 |
| 2、经治医生应在住院病历上详细记载康复诊疗的项目名称、康复次数、天数及疗效等情况，规范填写《淄博市基本医疗保险医疗康复记录表》，以备核查，对不符合规定发生的康复医疗费，医保基金将不予支付。 |