附件4

|  |
| --- |
| 淄博市基本医疗保险医疗康复备案表 |
| 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 |
|  康复机构审核意见： |  医保经办机构意见： | 　 |
| 　 | （盖章） | 　 （盖章） |
|  年 月 日 | 　经办人： | 　 年 月 日 |
| 填表须知： |
| 1、一个疾病过程的康复治疗支付原则上不超过90天，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。 |