|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **玉溪市医疗机构专业评估人员意见表** | | | | | | | |
| **时 间** | |  | | **地 点** | |  | |
| **评估对象** | |  | | | | | |
| **纳入协议管理评估** □同意 □不同意（若不同意则不用勾选下面内容）  简述不同意理由： | | | | | | | |
| **结算等级** | | | | □一级 □二级 □三级 | | | |
| **医保服务项目** | **职工基本医疗保险** | | □普通门诊 | □急诊抢救 | □门诊慢病 | | □门诊特病 |
| □中医特色门诊 | □普通住院 | □转外诊治住院 | | □单病种住院 |
| □日间手术 | □生育门诊 | □生育住院 | | □国家谈判药门诊 |
| □门检特检特治 | □省内异地 | □省外异地 | |  |
| **城乡居民基本医疗保险** | | □普通门诊 | □急诊抢救 | □门诊慢病 | | □门诊特病 |
| □中医特色门诊 | □普通住院 | □转外诊治住院 | | □单病种住院 |
| □日间手术 | □生育门诊 | □生育住院 | | □国家谈判药门诊 |
| □门检特检特治 | □省内异地 | □省外异地 | |  |
| **评估人员签字：** | | | | | | | |

附件6

**备注：在□内打√**