附件2：淄博市医疗保险城乡居民参保人员外伤审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 参保区县 |  |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 医院名称 |  | 科室 |  | | 床号 |  | 住院号 |  |
| 入院时间 |  | | 外伤发生时间： | | | 年 月 日 时 分 | | |
| 外伤原因： | | | | 入院方式：¨120接诊 ¨自行就诊  ¨其他医院转入 ¨ 其他 | | | | |
| 外伤发生地点： | | | | | | | | |
| 救治经过及现状：  入院诊断：  医师签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 上述内容如有不实，将承担相应法律责任。  患者或家属签字：  与患者关系： 联系电话： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医院医保办公室审核意见：    负责人： 日期： （盖章） | | | | | | | | |
| 商保机构意见：  调查人： 日期： （盖章） | | | | | | | | |
| 备注：  1、定点医疗机构需要甄别外伤情况，初审外伤患者信息，医保医师在3日内填写此表，交医保窗口，经负责外伤审核的商保公司审批后，方可上传患者联网信息；  2、定点医疗机构须主动配合商保公司调查外伤是否真实以及是否符合意外伤害报销条件；  3、定点医疗机构须主动配合提供病人120院前急救病历、医院门、急诊病历等就医资料备查；  4、参保人根据外伤情况或应出具：所在单位证明、见证人证明、交通伤的提供交警部门证明等材料。 | | | | | | | | |