

ཨ་ཁོ་རྫོང་གི་མི་དམངས་སྤྱི་ལཱ་སྤྱོད་སྤྱོད་ལྷན་ཁང་གི་ཡིག་ཆ།

# 阿坝藏族羌族自治州人民医院文件

阿州医发〔2020〕51号

## 阿坝州人民医院 关于修订医保病员 自费项目知情同意书的通知

各科室：

根据《阿坝州医疗保险定点医疗机构服务协议》相关规定，请各科室认真履行告知义务。凡使用全自费药品、限制性药品、诊疗项目、医用材料，必须征得参保患者或家属同意，并在“自费项目知情同意书”上签字后方可实施，否则参保人员有权拒付相关自付费用。急救时病人无法签字且家属不在场的情况下，医生应在事后尽快通知参保患者或家属履行相关手续。按照病案管理要求入病历存档。

医保办每月对住院病人自费项目知情同意书签署情况进行抽查，对存在的问题向科室反馈，并落实整改，避免不合理费用，减少医保扣款，维护病人权益。

未签署或不全签署“医保病员自费项目知情同意书”，

造成医保扣款或投诉纠纷,科室自行承担相关责任。

附件:阿坝州人民医院医保病员自费项目知情同意书

阿坝州人民医院

2020年6月29日



附件

## 阿坝州人民医院 医保病员自费项目知情同意书

科室：            姓名：            性别            年龄            住院号：

尊敬的患者/患者家属/法定监护人/授权委托人：

感谢您对我院的信任，我们将竭诚为您提供优质服务。由于您的病情需要，将使用以下基本医疗保险政策规定由个人部分自付或全自付的药品/诊疗项目/材料，现将情况对您进行告知，患者可以选择是否使用此种部分自付或全自付的药品/诊疗项目/材料，请在充分了解后签字认可使用，谢谢合作。

### 一、部分自费费用

(一) 乙类药品个人自付 10%。

(二) 使用除手术外单项价格在 500 元以上的检查费、一次性治疗费 20% 的费用。

(三) 治疗用血个人自付 30%。

(四) 医用材料按下列标准纳入基本医疗保险支付范围  
计算基数：

1. 单价在 100 至 2000 元以内(含 2000 元)的按 90% 计算  
基数；

2. 单价在 2000 至 5000 元(含 5000 元)的按 85% 计算基数；

3. 单价在 5000 至 10000 元(含 10000 元)的按 75% 计算基



数;

4. 单价在 10000 元至 50000 元(含 50000 元)的按 70%计算基数;

5. 单价在 50000 元以上的按 65%计算基数。

## 二、全自费(限制性)药品/诊疗项目/材料

**全自费:** 转化糖电解质注射液、脑苷肌肽、神经节苷脂、脑蛋白水解物、前列地尔、复方氨基葡萄糖片、骨瓜提取物

**限制药品:** 注射用免疫球蛋白、注射用人血白蛋白、生长抑素、奥曲肽、乌司他丁、达比加群酯胶囊、多烯磷脂酰胆碱注射液、注射用还原性谷胱甘肽、硫辛酸注射液、多索茶碱葡萄糖注射液、腺苷蛋氨酸、人纤维蛋白原、人凝血酶原复合物、重组人血小板生成素、重组人粒细胞刺激因子注射液、银杏叶提取物、多糖铁复合物胶囊、氨曲南、美罗培南、亚胺培南西司他丁、万古霉素、去甲万古霉素、伏立康唑注射液等

**自费诊疗项目:** 结核 T 细胞感染试验、院内会诊、各类评定、新生儿特殊护理、术后镇痛等

**自费材料:** 血糖仪、甘舒霖笔、血糖试纸、胰岛素笔、进口试剂材料、功能性敷料、一次性卫生材料、特殊医用耗材等

**其他项目:**

### 三、按医保报销政策

住院普通床位费按日限额 30 元/日、重症监护室按日限额 60 元/日纳入报销，剩余部分由您个人支付。

四、温馨提示：您住院治疗期间，医保检查三次不在床位，此次医疗费用由您个人全额自付。

患者/患者家属（签名）：

日期：

主管医生（签名）：

日期：