附件2：

 卫生院日间病床收治病种医保结算

告知书

尊敬的 患者及家人：

经查该患者患 病，符合日间病床收治病种医保结算范围，患者愿意参加日间病床收治病种医保结算。医院和患者双方需遵守如下条款：

1.本次日间病床病种付费，需先按比例预交部分费用（**建档贫困人口享受先看病后付费政策，需将身份证及健康脱贫医疗服务证交医院保管，出院结帐后退还**），治疗结束，按照整个治疗所发生的实际医药费用的25％结清个入自付费用;

2.患者要有依从性，配合完成本次日间病床病种付费具体诊疗方案及连续治疗天数，**因患者不遵守诊疗指导、治疗结束当天不办理结算手续、自行中断治疗天数或其他自身原因退出路径管理的，该次就诊费用由患者自行承担**。

3.我院严格日间病床收治病种标准化诊疗方案诊治，规范服务行为、保证医疗安全和医疗质量，承诺不擅自更改、减少服务内容，不将定额范围之内的医疗费用通过外购处方、分解名目等方式排除在定额范围之外，增加患者负担。

4.患者应提供必要的相关材料和手续，以方便结算。

**以上已告知患者或患者家属。**

科室经治医师签字： （公章） 年 月 日

**以上我已知情并同意。**

患者或家属签字： 患者与家属关系： 年 月 日