梅州市基本医疗保险人工耳蜗报销申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 听障儿童姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  |
| 参保地 |  县（市、区） 镇（街道） |
| 父亲姓名 |  | 职业 |  | 联系电话 |  |
| 母亲姓名 |  | 职业 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 | 县（市、区） 镇（街道） |
| 定点医疗机构检查情况意见 | 医师签名： 单位盖章： 年 月 日 |
| 参保人（或家属）申请 | 签名： 年 月 日 |
| 市残联康复机构推荐意见 | 单位盖章经办人意见： 负责人签名： 年 月 日 |
| 市社保局审核意见 | 经办人意见：签名： | 复核人意见：签名 | 审核人意见：（业务盖章）签名： 年 月 日 |

说明: 1.听障儿童植入人工耳蜗报销前需填此表申请;

2.市内直接结算的参保人填写本表需附相关资料: (1)申请人与法定监护人户口本复印件; (2)相关检查检验报告。(裸耳和助听听阙报告单、声导抗测试报告单、听性脑干反应(ABRO测试报告单、40Hz相关电位或多频稳态诱发电位测试报告单、耳声发射(0AE) 测试报告单、颞骨CT报告单、内耳及颅脑磁共振成像(MRI)报告单;听觉语言能力评估报告、学习能力及精神行为发育测试报告)

3.本表经社保部门审核同意的可在医院直接记账报销