附件3

楚雄州基本医疗保险退出按病种付费告知书

患者：

您好！您患 病种，因在治疗过程中出现（合并症、并发症），按照相关规定现退出按病种收费管理，仍按原方式结算。

如果您已经知晓以上告知内容，请您签字确认。

病人（委托人）签字： 年 月 日

主管医师签字： 年 月 日