

重庆市梁平区医疗保障局 关于做好康复综合评定等医疗康复项目 纳入医保基金支付范围有关工作的通知

梁平医保发〔2019〕46号

各乡镇人民政府、街道办事处，各有关单位：

按照《重庆市医疗保障局重庆市卫生健康委员会重庆市财政局关于完善康复综合评定等20项医疗服务项目价格的通知》（渝医保发〔2019〕26号）、《重庆市医疗保障局关于做好康复综合评定等医疗康复项目纳入医保基金支付范围有关工作的通知》（渝医保办〔2019〕3号）精神，结合我区工作实际，现就做好相关工作通知如下。

一、实施医疗康复项目的诊断机构和治疗机构

按照渝医保办〔2019〕3号文件要求，经区医保局认定，我区实施康复项目的诊断机构和治疗机构为区人民医院和区中医医院。其他符合条件的医疗机构可按渝医保发〔2019〕26号文件要求向区保局申请认定。

二、医疗康复项目实施对象及报销政策



符合条件的参保患者在符合条件的定点康复医疗机构住院或门诊就医时，使用渝人社发〔2012〕239号、渝医保发〔2019〕26号文附件规定的医疗康复项目（见附件1、附件2），在限定支付范围内，按照城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险规定的住院政策予以报销。其中，门诊康复治疗的参保人员，须按规定申报康复治疗资格，门诊报销不计算起付标准，基金支付额度计入基本医疗保险年度基金支付限额。已享受各级政府或有关单位专项资助的参保人不得重复享受待遇，区残联每季度将专项资助情况提供给区医保经办机构，医保经办机构对已参保并享受专项资助的人员在信息系统中做好标识。

三、资格认定程序

（一）办理条件

参加重庆市城镇职工基本医疗保险和城乡居民合作医疗保险参保人员，需要进行康复项目治疗或训练且符合渝人社发〔2012〕239号、渝医保发〔2019〕26号文附件规定的项目均可申报。

（二）所需材料

- 1.本人身份证或户口簿、社会保障卡原件；
- 2.监护人或被委托人身份证原件；
- 3.康复项目诊断机构出具的诊断证明材料（见附件4）；



4.《重庆市医疗保险享受医疗康复项目医疗保险支付申请表》(见附件5)。

(三) 办理程序

1.参保人(申请人)于每月1—20日向我区人民医院或区中医医院提出申请,并填写《重庆市医疗保险享受医疗康复项目医疗保险支付申请表》。

2.申请人向区人民医院或区中医医院提交本人身份证(或户口簿)、社会保障卡原件(委托办理或监护人办理,须同时提交被委托人或监护人身份证原件)及复印件一份;同时提交康复诊断机构出具的诊断证明材料原件。

3.区人民医院或区中医医院审核申请人提交的资料是否齐全,并填写受理回执(见附件6)交申请人。

4.区人民医院或区中医医院于每月21日将收到的资料报区医保经办机构。

5.医疗保险经办机构于每月21日至当月底,对参保人提出的申请进行审核,根据渝人社发〔2012〕239号、渝医保发〔2019〕26号规定作出是否同意申请的意见(对不同意的,须写明原因),在参保人申请表中签署意见并加盖医疗保险经办机构印章。

6.经审核(审核时须审查是否享受各级政府或有关单位专项资助,对已经享受专项资助或需由第三责任支付的疾病应不予审

核通过), 同意其申请的, 并将相关康复项目治疗或训练信息录入信息系统。

(四) 咨询方式

区人民医院: 康复科 02353680989; 区中医医院: 体检中心 02353224508; 区医保局: 02353225028(居民医保)、02353318622(职工医保)。

四、有关问题的处理意见

(一) 经审核审查合格的参保人凭本人社会保障卡到选定的治疗机构就医治疗。

(二) 参保人从实际进行第一次康复治疗项目的当天开始计算, 之后无论病人是否进行治疗, 均连续累计。超过支付天数后系统自动终止康复治疗项目的报销, 如需继续治疗, 须重新申请。1 个疾病过程为 1 个自然年度。

(三) 患者在两家及两家以上康复机构治疗合并计算次数(由系统作出限制)。

(四) 运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练在每一次(非 1 个疾病过程)同时使用时只支付其中一项, 且这四个项目每天支付的次数之和不超过 2 次。

五、工作要求

(一)严格执行康复综合评定等 20 项医疗服务项目价格，同时不再执行康复评定等 12 项医疗服务价格项目(见附件 3)。各治疗机构要严格按照规定向患者提供服务并收取费用，严格执行价格公示、费用清单等制度，充分尊重患者知情权和选择权，不得强制或诱导服务消费。民营医院参照附件 1 价格执行，医保基金按不高于文件规定的价格支付。

(二)各诊断机构要严格按照办理程序做好参保人员康复项目申请审核工作、严格把关，杜绝将不符合条件的参保人纳入医保报销。

(三)各治疗机构要加强康复项目纳入医疗保险报销的管理核查，防止利用虚假信息、虚构治疗和不规范治疗套取医疗保险基金。

(四)医保经办机构定期组织抽查康复综合评定等医疗服务项目价格执行情况、康复诊断机构和治疗机构的诊断和治疗行为。如有弄虚作假或其他违规行为将按相关规定予以处理，情节严重的移交公安机关处理。

本通知自 2019 年 6 月 1 日开始执行,各定点医疗机构在执行中发现问题要及时向医保局反映。

附件：



- 1.渝医保发〔2019〕26号文件规定的康复综合评定等20项医疗服务项目及价格表
- 2.人社发〔2012〕239号文件规定的医疗康复项目
- 3.不再执行康复评定等12项医疗服务价格项目表
- 4.重庆市医疗保险享受医疗康复项目医疗保险支付康复机构诊断证明
- 5.重庆市医疗保险享受医疗康复项目医疗保险支付申请表
- 6.重庆市医疗保险医疗康复项目申请受理回执

重庆市梁平区医疗保障局

2019年6月19日

附件 1:

渝医保发〔2019〕26号规定的康复综合评定等 20 项医疗服务项目及价格表

序号	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	政府指导价(元)	计价说明	医保报销属性	限定支付范围
1	MAMZY003	康复综合评定	以康复评价会的形式进行。根据患者具体情况，康复医生、康复护士、运动、作业、语言、社会工作者、心理治疗师、假肢技师参与评价会。评价会对患者身体功能，家庭状况，社会环境等材料进行收集，对患者身体功能及残存能力进行量化，制定近期、远期目标和训练计划的目的，调整训练计划，在患者出院前，判定康复治疗的效果，继续恢复的可能性，是否达到预期的康复目标及为患者出院后如何进行自我训练提供依据，为回归家庭、社会提供必要的帮助。		次	25.00		乙类	有明确的功能障碍；评定由 3 名以上专业人员开展，至少包含两个评估项目；一个住院期间医保支付不超过三次；两次评定间隔时间不短于 14 天。
2	MAGGK001	吞咽功能障碍检查	使用口颜面功能检查表、吞咽功能检查表、吞咽失用检查表对患者的口唇、舌、颊、颌、软腭、喉的运动及功能进行检查，对患者的吞咽动作和饮水过程有无呛咳、所需时间、饮水状况进行分级。人工报告。		次	25.00		乙类	一个疾病过程支付不超过三次。

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

3	MAHWR001	手功能评定	利用计算机上肢功能评价系统对患者进行手部功能的检查，其中有速度、协调性以及动作完成的准确性等量化指标，同时电脑记录相关数据。人工报告。		次	20.00		乙类	明确手功能障碍患者，总时间不超过 90 天，评定间隔时间不短于 14 天。
4	FFA04704	平衡试验	含平衡台试验，行感觉结构分析，分别在六种条件下行静态平衡功能检查，每个条件下做两次，观察各条件下足底压力中心的晃动面积及前后、左右的晃动长度及平衡得分，行感觉结构分析，分别观察视觉、本体觉以及前庭觉在平衡维持中的得分，计算 Romberg 商，行稳定极限范围试验，观察患者在保持不跌倒的情况下身体中心晃动的最大范围。行跌倒评估试验，在平板运动情况下让患者睁眼、闭眼，观察患者身体随平板运动时的增益、幅值及能量消耗情况，预估跌倒的机率。视动试验旋转试验，甘油试验。不含平板试验。		次	28.00		乙类	评定间隔时间不短于 14 天。
	FFA04704a	平衡试验 (平衡台试验)			次	28.00			
	FFA04704b	平衡试验 (视动试验)			次	28.00			
	FFA04704c	平衡试验 (旋转试验)			次	28.00			

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

	FFA04704d	平衡试验 (甘油试验)			次	28.00			
5	KFA19901	平衡训练	受试者立于平衡台上，不断地变换姿势以达到与投影设施上目标一致来锻炼自己的平衡能力，技术人员根据受试者当前平衡状态控制目标移动的方式、速度、大小等来控制平衡训练的难度，同时保护受试者安全。		次	28.00		乙类	有明确的平衡功能障碍，一个疾病过程支付不超过 90 天。
6	MAAX8001	表面肌电图检查	采用表面肌电图仪采集患者在某一种特定运动中各组肌群收缩的起止时间，收缩的强度以及不同肌群收缩的顺序情况以及频谱分析特点，进行数据后处理与分析，判断肌肉运动正常与否以及异常发生的原因。人工报告。		次	30.00		乙类	有明确的神经肌肉功能障碍，一个疾病过程支付不超过两次。
7	MBHZX001	轮椅技能训练	指导患者乘坐轮椅正确的坐姿以及驱动轮椅的正确技术动作、转移动作，进行驱动轮椅快速启动、急停和转弯训练，绕障碍物行走、抬前轮、上下台阶及坡道练等训练。		次	18.00	45 分钟/ 次	乙类	需要长期使用轮椅且能够自行操作的患者，支付不超过 30 天。
8	MBBZX019	耐力训练	利用康复训练设备与仪器，辅助或指导患者在结合心肺功能训练的前提下，进行全身性的肌肉耐	氧气	次	20.00		乙类	由于疾病或损伤导致的全身运动耐力下降患者，一个疾病过

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

			久性训练。						程支付不超过 90 天。
9	MBBX7003	大关节松动训练	利用不同手法力度，徒手对患者肩、肘、髌及膝关节进行不同方向的被动手法操作训练，扩大关节活动范围训练，缓解疼痛训练。		次	25.00		乙类	有明确的关节活动障碍，一个疾病过程支付不超过 90 天。
10	MBCWR001	徒手手功能训练	利用徒手的方法进行的各种手部功能训练或者进行手工艺制作和训练，必要时进行手法治疗或指导。	支具	次	15.00		乙类	有明确的手功能障碍，一个疾病过程支付不超过 90 天。
11	MBBW6005	截肢肢体综合训练	通过徒手的方式，对患者假肢安装前后进行身体关节活动度训练，肌力训练，协调功能训练，平衡功能训练，日常生活动作能力综合训练及假肢清理、穿脱动作的训练。不含假肢的制作。		次	30.00	40 分钟/次	甲类	上肢训练支付不超过 30 天，下肢训练支付不超过 20 天，髌关节或肩关节离断、高位大腿截肢训练支付不超过 90 天。

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

12	FFA02709	小儿行为听力测试	在隔声室适合儿童的轻松游戏环境中，以听力计的耳机或扬声器给予不同强度和不同频率的声音信号进行刺激，在游戏中训练儿童完成测试，由于儿童活泼好动的特点，要求检查人员除了具备听力学知识和临床经验，还要具备良好的沟通能力，测试往往需要多次重复以得到可靠结果，需要测试双耳各 5 个频率。对于 6 月龄及以下小龄婴幼儿需结合测试人员对受试儿行为观察以确定其听力情况。		次	30.00		乙类	6 岁以下疑似听力障碍的儿童，由取得听力师或助听器验配师资格并经过小儿听力学培训的人员操作。
13	FAY04706	孤独症诊断访谈量表(ADI)测评	用于诊断儿童孤独症。由经过系统培训的心理师在单独房间对患儿家长进行一对一逐项询问和检查。共 93 个项目。精神科医师根据评定结果出具		次	30.00		乙类	6 岁以下疑似孤独症患者。

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

			评定报告。						
14	MBCZX004	日常生活动作训练	对独立生活而每天所必须反复进行的、最基本的一系列身体动作，即进行衣、食、住、行、个人卫生等日常生活的基本动作进行系统的评定，发现存在的问题并将制定相关的训练计划付诸实施的过程。	自助具	次	25.00	45分钟/次	甲类	存在日常生活活动能力障碍（ADL）的患者，重度患者支付不超过90天，中度患者支付不超过60天，轻度患者支付不超过30天，每14天训练经功能量表评定后取得明确功能进步才可继续支付。
15	MBKZX002	职业功能训练	使用仪器或器械模拟对患者进行与职业功能状态相关的训练，含日常生活中与职业相关的各种运动技能和操作技能的训练。		次	20.00	45分钟/次	乙类	法定就业年龄段且有就业意愿，经过PARQ医学筛查适合进行职业功能训练的患者，支付

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

									不超过 90 天。
16	MBCZX002	精神障碍作业 疗法训练	应用专业理论和不同的治疗模式对精神障碍的患者进行治疗，患者可以有机会自己选择并积极参与一些有意义符合个人能力和程度以及环境需求的活动。目的是让患者得以重新适应并在其所处的社会文化的环境中生活，选择“适宜”的作业及活动通过有目的的活动实践促使活动功能建立，使生命有意义。	自助具	次	25.00	45 分钟/ 次	甲类	限精神障碍康复期患者。在精神卫生机构或康复医疗机构，由具有资格的精神卫生专业人员或在其指导下的社工操作，每年支付不超过 90 天，每天支付不超过一次。
17	MBBZX009	减重支持系统 训练	利用减重支持仪，穿戴悬吊背心，根据其残存的运动功能状况调整气压，并固定气压阀，拉紧悬吊拉扣后，徒手对患者进行被动的、辅助主动的、		次	25.00	40 分钟/ 次	乙类	由神经、肌肉、骨骼疾患导致的独立行走障碍患者，支付不超过 30 天。

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

			主动的减重步行训练，平衡功能训练，下肢协调性训练。						
18	MBBZX010	电动起立床训练	利用电动起立床，根据病情在不同的角度下，对患者实施被动的站立训练。		次	18.00	45分钟/次	乙类	住院期间，以减少卧床并发症为治疗目的或者以直立行动为康复目标，支付不超过30天。
19	MBDZX006	儿童听力障碍语言训练	利用乐器、听觉训练仪、图片、实物等对患儿的听觉能力和言语表达能力进行训练。		次	20.00	30分钟/次	乙类	6岁以下听力障碍儿童，由取得听觉口语师资格的人员开展，以个别化训练为主要方式，每周最多支付一次，支付不超过一年。
20	MAGAZ001	言语能力筛查	使用失语症筛查表、构音障碍筛查表、儿童言语障碍筛查表、言语失用检查表对患者进行言语测		次	20.00		乙类	疑似言语功能障碍患者，不包括言语功能不能恢复的患者，

 重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

			查，人工报告。					一个疾病过程支付不超过两次。
MAGAZ001a	一般失语症检查	使用失语症筛查表对患者进行言语测查，人工报告。		次	20.00			
MAGAZ001b	构音障碍检查	使用构音障碍筛查表对患者进行言语测查，人工报告。		次	20.00			
MAGAZ001c	言语失用检查	使用言语失用检查表对患者进行言语测查，人工报告。		次	20.00			

注：本表所列医疗服务项目价格均为二级医疗机构最高收费标准，三级医疗机构可在上浮 10%以内执行，一级公立医院下浮 5%，基层医疗机构下浮 10%；项目的“计价说明”栏有说明的，按项目说明执行。

附件 2:

渝人社发〔2012〕239 号文件规定的部分医疗康复项目

序号	收费编码	项目名称	类别	备注
1	340200020	运动疗法	甲类	次。限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者，1 个疾病过程支付不超过 3 个月；每日支付不超过 2 次（包括项目合并计算）。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时只支付其中 1 项。
2	340200040	偏瘫肢体综合训练	甲类	次。1 个疾病过程支付不超过 3 个月与运动疗法同时使用时只支付其中一项。
3	340200041	脑瘫肢体综合训练	甲类	次。限儿童。3 岁以前，每年支付不超过 6 个月；3 岁以后，每年支付不超过 3 个月。支付总年限不超过 5 年。与运动疗法同时使用时只支付其中一项。
4	3401200042	截瘫肢体综合训练	甲类	次 1 个疾病过程支付不超过 3 个月与运动疗法同时使用时只支付其中一项。
5	340200031	作业疗法	甲类	次。限器质性病变导致的生活、工作能力障碍，1 个疾病过程支付不超过 3 个月；每日支付不超过 1 次。
6	340200038	认知知觉功能障碍训练	甲类	次。限器质性病变导致的认知知觉功能障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月。
7	340200034	言语训练	甲类	次。限器质性病变导致的重、重度语言障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月；每日支付不超过 1 次。
8	340200037	吞咽功能障碍训练	甲类	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科使用。1 个疾病支付不超过三个月。
9	340200003	日常生活能力评定	甲类	次。限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。1 疾病过程不支付超过 4 次。

附件 3:

不再执行康复评定等 12 项医疗服务价格项目表

序号	编码	项目名称
1	340200039	康复评定
2	340200011	吞咽功能障碍评定
3	340200005.20	手功能评定（仪器）
4	310401022.20	平衡试验（视动试验）
	310401022.30	平衡试验（旋转试验）
5	340200027	有氧训练
6	340200026.20	关节松动训练（大关节松动训练）
7	311501003f	精神科 C 类量表测查（成人孤独症诊断量表（ADI））
8	340200032	职业功能训练
9	340200021	减重支持系统训练
10	340200023	电动起立床训练
11	340200035	儿童听力障碍语言训练



12	340200008	言语能力评定
	340200008.10	言语能力评定(一般失语症检查)
	340200008.20	言语能力评定(构音障碍检查)
	340200008.30	言语能力评定(言语失用检查)

附件 4:

重庆市医疗保险享受医疗康复项目医疗 保险支付康复机构诊断证明

参保人 姓名		性 别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月	
联系电话		身份证号	社会保障号	
单位名称			单位联系电话	
监护人 姓名		监护人 住 址	邮 政 编 码	
参加医疗 保险情况	<input type="checkbox"/> 参加城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 参加城乡居民合作医疗保险			



重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

<p>康复机构 诊断情况</p>	<p>(必须写明患者享受康复治疗的项目名称)</p> <p>诊断主治医师签字: _____ 科室负责人签字: _____</p> <p>分管院长签字: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>康复机构 诊断结论</p>	<p>经诊断,该参保人符合享受渝人社发〔2012〕239号、渝医保发〔2019〕26号规定的以下康复项目条件:</p> <p><input type="checkbox"/>康复综合评定 <input type="checkbox"/>吞咽功能功能障碍检查</p> <p><input type="checkbox"/>手功能评定 <input type="checkbox"/>儿童听力障碍语言训练</p> <p><input type="checkbox"/>平衡试验、平衡试验(平衡台试验)、平衡试验(视动试验)、平衡试验(旋转试验)、平衡试验(甘油试验)</p> <p><input type="checkbox"/>平衡训练 <input type="checkbox"/>表面肌电图检查</p> <p><input type="checkbox"/>轮椅技能训练 <input type="checkbox"/>耐力训练</p> <p><input type="checkbox"/>大关节松动训练 <input type="checkbox"/>徒手手功能训练</p> <p><input type="checkbox"/>截肢肢体综合训练 <input type="checkbox"/>小儿行为听力训练</p> <p><input type="checkbox"/>孤独症诊断访谈量表(ADI)测评 <input type="checkbox"/>日常生活动作训练</p> <p><input type="checkbox"/>职业功能训练 <input type="checkbox"/>精神障碍作业疗法训练</p> <p><input type="checkbox"/>减重支持系统训练 <input type="checkbox"/>电动起立床训练</p>



附件 5:

重庆市医疗保险享受医疗康复项目医疗 保险支付申请表

参保人 姓名		性 别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月	
联系电话	身份证号		社会保障号	
单位名称			单位联系电话	
监护人 姓名	监护人 住址		邮政 编码	
参加医疗 保险情况	<input type="checkbox"/> 参加城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 参加城乡居民合作医疗保险			
是否有第 三方责任	(本人手写有无三方责任并签字)			
享受政府 或有关单 位专项资 助情况	(本人手写有无享受政府或有关单位专项资助并签字)			



申请及 承诺事项	<p>我承诺以上内容属实，如有虚假，愿承担相应后果和责任。我申请享受以下康复项目医疗保险支付：</p> <p> <input type="checkbox"/> 康复综合评定 <input type="checkbox"/> 吞咽功能功能障碍检查 <input type="checkbox"/> 手功能评定 <input type="checkbox"/> 儿童听力障碍语言训练 <input type="checkbox"/> 平衡试验、平衡试验（平衡台试验）、平衡试验（视动试验）、平衡试验（旋转试验）、平衡试验（甘油实验） <input type="checkbox"/> 平衡训练 <input type="checkbox"/> 表面肌电图检查 <input type="checkbox"/> 轮椅技能训练 <input type="checkbox"/> 耐力训练 <input type="checkbox"/> 大关节松动训练 <input type="checkbox"/> 徒手手功能训练 <input type="checkbox"/> 截肢肢体综合训练 <input type="checkbox"/> 小儿行为听力训练 <input type="checkbox"/> 孤独症诊断访谈量表（ADI）测评 <input type="checkbox"/> 日常生活动作训练 <input type="checkbox"/> 职业功能训练 <input type="checkbox"/> 精神障碍作业疗法训练 <input type="checkbox"/> 减重支持系统训练 <input type="checkbox"/> 电动起立床训练 <input type="checkbox"/> 言语能力筛查、一般失语症检查、构音障碍检查、言语失用检查 <input type="checkbox"/> 认知知觉功能障碍训练 <input type="checkbox"/> 运动疗法 <input type="checkbox"/> 作业疗法 <input type="checkbox"/> 偏瘫肢体综合训练 <input type="checkbox"/> 言语训练 <input type="checkbox"/> 脑瘫肢体综合训练 <input type="checkbox"/> 吞咽功能障碍训练 <input type="checkbox"/> 截瘫肢体综合训练 <input type="checkbox"/> 日常生活能力评定 </p>
-------------	---



重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

	<p>特此申请</p> <p style="text-align: center;">申请人签字_____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
<p>康复治疗 定点机构 选择</p>	
<p style="text-align: center;">（以上各栏由申请人填写。遇“□”时，请在选择项打“√”或“×”）</p>	
<p>医疗保险 经办机构 （或委托 机构）审 核意见</p>	<p style="text-align: center;">审核人： （盖章）</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
<p>身份证（或 户口本）、 社会保障 卡等复印 件粘贴处</p>	



附件 6:

重庆市医疗保险医疗康复项目申请受理回执

参保人 姓名		社会保 障卡号		申请提 交日期	
受理人 姓名		受理 机构		联系 电话	
受理 资料	身份证复印件 份； 户口本复印件 页； 社会保障卡复印件 份； 康复机构出具的诊断证明材料 份。				
注意 事项	<p>1. 请于 年 月 日后凭本回执来申请受理机构查询审核结果或致电 02353225028（居民医保）、02353318622（职工医保）询问审核结果。</p> <p>2. 经审核同意后，您可以凭我市医疗保险有效就医证件到康复治疗机构就医。</p> <p>3. 您所申请的康复项目 如经审核同意，医疗保险支付时间不超过 个月，从审核同意后您实际进行第一次康复治疗项目的当天开始计算，之后无论是否进行治疗，均连续累计，每月按 31 天计算。</p> <p>（如有申请多项康复项目，请在下面注明其他项医疗保险支付时间）</p>				



重庆市梁平区医疗保障局行政规范性文件

医疗保险医疗康复项目申请人签字：

医疗保险医疗康复项目申请受理人签字：

年 月 日