

附件

福建省医保支付方式意见建议收集表

建议单位 (个人)					
联系人		联系电话		邮箱	
建议类别	请在对应类别后的括号内标注“√”： 病种分组 () 权重/分值 () 费率/点值 () 调节系数 () 预算总额 () 待遇政策 () 经办规程 () 其他 ()				
具体意见 建议	(描述具体、有理有据、数据支撑)				
	时间：202 年 月 日				
意见建议 反馈情况					
	时间：202 年 月 日				