附件3

门诊特定病种待遇认定表

认定机构名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证件  号码 |  | 人员类别 | | □职工医保 | |
| □城乡居民医保 | |
| 门特病种  名称 |  | 医保病种代码 | |  | |
| 认定备案  机构意见 | 经审核，符合 门诊特定病种条件，限额为 元。  待遇有效期 年 月 日至 年 月 日。  同时 疾病的门特费用可在上述限额内报销。 | | | | |
| 认定备案  机构 | 经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | |
| 联系方式 | 经办机构咨询电话： | | | | |
| 备注 |  | | | | |

备注:此表一式两份，参保人、认定机构各存一份。