门诊特定病种待遇认定申请表

医疗机构名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 申请科室 |  | 科室电话 |  |
| 申请病种名称 |  | 医保病种代码 |  |
| 病情摘要及诊断 | 患者病史（或手术史）： |
| 疾病诊断： |
| 诊疗方案及项目构成 | 用药方案： |
| 治疗方案： |
| 检查项目： |
| 申请医师签名： 年 月 日 |
| 科室复核 | 上级医师签名： 年 月 日 |
| 医院医保（医务）管理部门审核 | 同意（盖章） 年 月 日 |
| 待遇有效期 |  年 月 日 至 年 月 日 |
| 选择本院为门特定点 | 本人同意选定该医院作为本人该门特病种定点医院：是□ 否□ |
| 参保人签名 |  | 参保人联系电话 |  |
| 备注 |  |

说明：1.本表一式两份，参保人、认定机构各存一份。病情摘要应当填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊情况；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。

3.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传医

保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

4.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前30日内，申请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

5.申请时需提供二级以上（含二级）医保定点医疗机构的疾病诊断书和相关的检查检验报告单，并加盖医疗机构印章。

6.办理门特病种认定及续期申请需填写此表。