附件1

基本医疗保险门诊特定病种服务资格

申请书

经办机构名称：

我单位定点医疗机构名称，（定点医疗机构代码： 地址： ），现按照政策规定及相关要求，提交《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》（见附件1）及相关资料，申请开展相应门诊特定病种服务资格，并承担一切相应的法律责任。

附件：1.基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表

 2.医疗机构执业许可证正、副复印件（军队所属医疗机构应提供主管部门的相关文件）

3.（地级以上市医疗保障行政部门规定的材料）

 （申请单位盖章）

 年 月 日

（联系人： ，联系电话： ）

附件1

基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表

申请单位（盖章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 病种名称 | 申请资格 |
| 诊断（待遇认定） | 治疗 |
| 1 | 高血压病 | □ | □ |
| 2 | 糖尿病 | □ | □ |
| 3 | 冠心病 | □ | □ |
| 4 | 慢性心功能不全 | □ | □ |
| 5 | 脑血管疾病后遗症 | □ | □ |
| 6 | 帕金森病 | □ | □ |
| 7 | 癫痫 | □ | □ |
| 8 | 支气管哮喘 | □ | □ |
| 9 | 慢性阻塞性肺疾病 | □ | □ |
| 10 | 肺动脉高压 | □ | □ |
| 11 | 肝硬化（失代偿期） | □ | □ |
| 12 | 慢性乙型肝炎 | □ | □ |
| 13 | 丙型肝炎（HCV RNA阳性） | □ | □ |
| 14 | 艾滋病 | □ | □ |
| 15 | 活动性肺结核 | □ | □ |
| 16 | 耐多药肺结核 | □ | □ |
| 17 | 类风湿关节炎 | □ | □ |
| 18 | 强直性脊柱炎 | □ | □ |
| 19 | 多发性硬化 | □ | □ |
| 20 | 骨髓纤维化 | □ | □ |
| 21 | 系统性红斑狼疮 | □ | □ |
| 22 | 再生障碍性贫血 | □ | □ |
| 23 | 骨髓增生异常综合症 | □ | □ |
| 24 | 血友病 | □ | □ |
| 25 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血） | □ | □ |
| 26 | C型尼曼匹克病 | □ | □ |
| 27 | 肢端肥大症 | □ | □ |
| 28 | 银屑病 | □ | □ |
| 29 | 克罗恩病 | □ | □ |
| 30 | 溃疡性结肠炎 | □ | □ |
| 31 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | □ | □ |
| 32 | 糖尿病黄斑水肿 | □ | □ |
| 33 | 脉络膜新生血管 | □ | □ |
| 34 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿 | □ | □ |
| 35 | 精神分裂症 | □ | □ |
| 36 | 分裂情感性障碍 | □ | □ |
| 37 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | □ | □ |
| 38 | 双相（情感）障碍 | □ | □ |
| 39 | 癫痫所致精神障碍 | □ | □ |
| 40 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | □ | □ |
| 41 | 心脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 42 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 43 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 44 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 45 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | □ | □ |
| 46 | 慢性肾功能不全（非透析治疗） | □ | □ |
| 47 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | □ | □ |
| 48 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | □ | □ |
| 49 | 恶性肿瘤（非放化疗） | □ | □ |
| 50 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗） | □ | □ |
| 51 | 恶性肿瘤（放疗） | □ | □ |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗 | □ | □ |

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”中画“√”。

附件2

基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请

受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 受理号 |  |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 定点医疗机构代码 |  |
| 机构地址（协议约定地址） |  |
| 受理事项 | 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请 |
| 查询方式 | （经办机构确定的查询方式） |
| 投诉监督 | （经办机构确定的联系方式） |
| 备注 |  |

申请机构（盖章）： 申请人签名： 联系方式： 日期：

说明：你单位的申请已受理，……（经办机构根据本地区实际细化提示内容）。

经办机构（盖章）

日期：

附件3

一次性补正材料告知书

（定点医疗机构名称）：

 年 月 日，本单位收到你单位提交的基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请材料。经审核，发现提交的材料不齐全/不符合规定。

需要补正材料的内容：……

需要补齐的有关材料：……

请你单位将上述材料补正后于 年 月 日前提交至本单位。如无正当理由逾期提交的，视为放弃申请。

特此通知。

联系人及联系方式:

经办机构（盖章）

日期：

附件4

基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请

审核

 附件4

不合格告知书（签收联）

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 |  |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 定点医疗机构代码 |  |
| 办理事项 | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格 |
| 病种名称 | 审核结果 | 不符合 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件 |
| 例：1.慢性肾功能不全（血透治疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：2.恶性肿瘤（放疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：3.…… | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 | （经办机构联系方式） |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

申请人签名：     联系方式：   日期：

 经办单位（盖章）：

日期：



基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请

审核不合格告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 |  |
| 定点医疗机构名称 |  |
| 定点医疗机构代码 |  |
| 办理事项 | 申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格 |
| 病种名称 | 审核结果 | 不符合 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件 |
| 例：1.慢性肾功能不全（血透治疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：2.恶性肿瘤（放疗） | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 例：3.…… | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合（根据地级以上市医保行政部门规定填写）的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 | （经办机构联系方式） |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

申请人签名：     联系方式：   日期：

附件5

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 |  |
| 门特病种名称 |  | 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.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.每申请认定一个门特病种，需填写一份《门诊特定病种待遇认定申请表》

6.办理待遇续期需填写此表。

附件6

门诊特定病种待遇认定表

认定机构（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 |  |
| 门特病种名称 |  | 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： |
|  |
| 医师签名： 年 月 日 |
| 诊疗方案及项目构成 | 用药方案： |
|  |
| 治疗方案： |
|  |
| 检查项目： |
|  |
| 医师签名： 年 月 日 |
| 待遇有效期限 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 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 |  |

说明：1.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定认定信息上传医

保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

2.参保人员，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。

附件7

门诊特定病种就医医疗机构定点表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  |  |
| 门诊特定病种名称 |  |
| 选择就医医疗机构名称 |  |
| 本人同意选择该医疗机构为本人该门诊特定病种定点就医医疗机构 |
| 本人（代办人）签名：  |   | 办理日期 |  |

附件8

门诊特定病种定点就医医疗机构

变更申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话（可多填） |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 申请事项 | 变更门诊特定病种定点就医医院 |
| 变更条件 | （地级以上市医保经办机构根据本地实际明确） |
| 原选定医院 |  | 新选定医院 |  |
| 申请变更 情况说明 | 本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。具体变更原因如下： |
| 本人（代办人）签名：  |   | 填表日期 |  |