|  |
| --- |
| **梧州市城乡居民基本医保特殊慢性病病人门诊治疗申请表** |
| **姓　名** |  | **性　别** |  | **年龄** |  | **申请时间** |  |
| **住址** |  | **联系电话** |  |
| **社保号** |  | **身份证号** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **所患疾病** |  |
|
| **申请治疗 定点机构** | **定点医院** |  |
| **社区卫生服务中心或乡镇卫生院** |  |
| **申请情况** | **首次申请** | **接续申请** |
|  |  |
| **申请治疗病种（请勾选需申请的病种并确认签名）** |
| **病种代码** | **病种名称** | **申请人或代办人签名** | **病种代码** | **病种名称** | **申请人或代办人签名** |
| **1** | **冠心病** |  | **2** | **高血压病（高危组）** |  |
| **3** | **糖尿病** |  | **4** | **甲亢** |  |
| **5** | **慢性肝炎治疗巩固期** |  | **6** | **慢性阻塞性肺疾病** |  |
| **7** | **银屑病** |  | **8** | **严重精神障碍** |  |
| **9** | **类风湿性关节炎** |  | **10** | **脑血管疾病后遗症期** |  |
| **11** | **系统性红斑狼疮** |  | **12** | **帕金森氏综合征** |  |
| **13** | **慢性充血性心衰** |  | **14** | **肝硬化** |  |
| **15** | **结核病活动期** |  | **16** | **再生障碍性贫血** |  |
| **17** | **肾病综合征** |  | **18** | **癫痫** |  |
| **19** | **脑瘫** |  | **20** | **重症肌无力** |  |
| **21** | **风湿性心脏病** |  | **22** | **肺心病** |  |
| **23** | **强直性脊柱炎** |  | **24** | **甲状腺功能减退症** |  |
| **25** | **重型和中间型地中海贫血** |  | **26** | **血友病** |  |
| **27/①** | **慢性肾功能不全** |  | **27/②** | **肾透析** |  |
| **28** | **各种恶性肿瘤** |  | **29** | **器官等移植后抗排斥免疫调节剂治疗** |  |
| **本人已领取《梧州市城乡居民医疗保险门诊特殊慢性病报销须知》, 并保证认真阅读该须知内容。**  |
|  **领取人签字：** |
| **治疗方案** |  |
|
|
|
|
|
|
| **医疗机构审核意见** |  | **经办人：** |
| **审核时间：** |
| **医保科（盖章）** |
| **社保局审核意见** |  | **经办人：** |
| **审核时间：** |
| **（盖章）** |
| **备注** | **一、本申请表特殊慢性病病种认定标准按《梧州市城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病管理规定》执行。** |
| **二、参保人员填写本申请表时，请附上以下资料：** |
| **1.医院疾病证明；** |
| **2.有关病史资料、病情介绍、治疗经过以及目前需要继续治疗的治疗方案。** |
| **3.各种相关检查报告。** |
| **以上资料须由我市二级以上定点医疗机构出具且经医疗机构医保（务）部 门审核盖章后方为有效。本次申请有效期为审批申请次月起至申请当年12月31日止。 次年需继续治疗的，须重新提交资料办理年审手续。** |
|