**梧州市城镇职工医保门诊特殊慢性病待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓　名** |  | **性　别** | |  | **申请时间** |  | |
| **参保单位** |  | | | | **年　龄** |  | |
| **医保号** |  | **身份证号** | |  | | | |
| **联系人** |  | **联系电话** | |  | | | |
| **所患疾病** |  | | | | | | |
| **（疾病诊断）** |
| **申请治疗** | **定点医院** | | | **定点社区中心** | | | |
| **定点机构** |  | | |  | | | |
| **申请** | **首次申请** | | | **接续申请** | | | |
| **情况** |  | | |  | | | |
| **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** |
| **01** | **生活不能自理的老年痴呆症** |  | **13** | | **恶性肿瘤** | |  |
| **02** | **生活不能自理的脑血管意外后遗症** |  | **14** | | **帕金森氏综合症** | |  |
| **03** | **生活不能自理的各种慢性心功能衰竭** |  | **15** | | **系统性红斑狼疮** | |  |
| **04** | **生活不能自理的肺功能不全** |  | **16** | | **需长期服药控制症状的精神分裂症** | |  |
| **05** | **胰岛素依赖型糖尿病** |  | **17** | | **需长期服药治疗的艾滋病** | |  |
| **06** | **肝硬化合并腹水门诊治疗** |  | **18** | | **血友病** | |  |
| **07** | **慢性肾功能衰竭门诊透析** |  | **19** | | **重型和中间型地中海贫血** | |  |
| **08** | **器官及组织移植术后抗排斥调节治疗** |  | **20** | | **银屑病** | |  |
| **09** | **再生障碍性贫血服药缓解期** |  | **21** | | **高血压病（高危组）** | |  |
| **10** | **出现关节畸型的类风湿关节炎** |  | **22** | | **冠心病** | |  |
| **11** | **生活不能自理的意外创伤后遗症** |  | **23** | | **甲亢** | |  |
| **12** | **肺结核门诊系统抗痨治疗期间** |  | **24** | | **慢性肝炎治疗巩固期** | |  |
| **本人已领取《梧州市城镇职工医保门诊特殊慢性病就诊证》和《梧州市城镇职工医保门诊特殊慢性病报销须知》，并保证认真阅读该须知内容。**  **领取人签名：** | | | | | | | |
| **临床医生意见（请描述患者当前与所申请慢性病病种相关的症状体征，如意识状态、四肢肌力级别、肌张力情况、呼吸困难程度、心功能级别相应症状等）：**  **经治医师： （科室盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | |
| **治**  **疗**  **方**  **案** |  | | | | | | |
| **定点医**  **疗机构**  **（医保**  **科审核）**  **意见：** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **社**  **保**  **局**  **审**  **核**  **意**  **见** | **经办人： 审核人： 复核人：**  **日期：** | | | | | | |
| **备**  **注** | **参保人员初次申请填写本申请表时，请附上以下资料：**  **1.医院疾病证明书。**  **2.有关病史资料复印件（门诊病历、出院记录、手术记录等）、治疗经过。**  **3.各种相关检查报告复印件。**  **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。本次申请有效期为申请之日起至申请当年12月31日止。 次年需继续治疗的，须填表办理年审申请手续，申请待遇延续的只需提交最近半年开具的有效疾病证明书，或填写临床医生意见，除特殊情况，无需再次提交其他资料。** | | | | | | |