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 | 口职工医保  口城乡居民医保 |
| 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，按自然日计算，到期自动终止。