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2）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。

（申请单位盖章）

年 月 日

（联系人： ，联系电话： ）

附件2：

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 | |
| （待遇认定） | 治疗 |
| 1 | 慢性阻塞性肺疾病 | □ | □ |
| 2 | 高血压病 | □ | □ |
| 3 | 冠心病 | □ | □ |
| 4 | 慢性心功能不全 | □ | □ |
| 5 | 肝硬化（失代偿期） | □ | □ |
| 6 | 慢性乙型肝炎 | □ | □ |
| 7 | 丙型肝炎(HCV RNA阳性） | □ | □ |
| 8 | 慢性肾功能不全（非透析  治疗） | □ | □ |
| 9 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 10 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | □ | □ |
| 11 | 糖尿病 | □ | □ |
| 12 | 类风湿关节炎 | □ | □ |
| 13 | 恶性肿瘤（非放化疗） | □ | □ |
| 14 | 地中海贫血（海洋性贫血或  珠蛋白生成障碍性贫血） | □ | □ |
| 15 | 再生障碍性贫血 | □ | □ |
| 16 | 血友病 | □ | □ |
| 17 | 帕金森病 | □ | □ |
| 18 | 癫痫 | □ | □ |
| 19 | 脑血管疾病后遗症 | □ | □ |
| 20 | 艾滋病 | □ | □ |
| 21 | 活动性肺结核 | □ | □ |
| 22 | 耐多药肺结核 | □ | □ |
| 23 | 系统性红斑狼疮 | □ | □ |
| 24 | 心脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 25 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 26 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 27 | 肺动脉高压 | □ | □ |
| 28 | 支气管哮喘 | □ | □ |
| 29 | 骨髓纤维化 | □ | □ |
| 30 | 骨髓增生异常综合症 | □ | □ |
| 31 | C型尼曼匹克病 | □ | □ |
| 32 | 肢端肥大症 | □ | □ |
| 33 | 多发性硬化 | □ | □ |
| 34 | 强直性脊柱炎 | □ | □ |
| 35 | 银屑病 | □ | □ |
| 36 | 克罗恩病 | □ | □ |
| 37 | 溃疡性结肠炎 | □ | □ |
| 38 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | □ | □ |
| 39 | 糖尿病黄斑水肿 | □ | □ |
| 40 | 脉络膜新生血管 | □ | □ |
| 41 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑  水肿 | □ | □ |
| 42 | 精神分裂症 | □ | □ |
| 43 | 分裂情感性障碍 | □ | □ |
| 44 | 持久的妄想性障碍（偏执性  精神病） | □ | □ |
| 45 | 双相（情感）障碍 | □ | □ |
| 46 | 癫痫所致精神障碍 | □ | □ |
| 47 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | □ | □ |
| 48 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | □ | □ |
| 49 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | □ | □ |
| 50 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗） | □ | □ |
| 51 | 恶性肿瘤（放疗） | □ | □ |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复  治疗 | □ | □ |
| 53 | 强迫症 | □ | □ |
| 54 | 血管炎 | □ | □ |

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3：

## 基本医疗保险门诊特定病种服务资格

## 申请受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 受理号码 |  |
| 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 | （经办机构三目确定的查询方式） |
| 投诉监督 | （经办机构确定的联系方式） |
| 备注 |  |

申请机构（盖章）： 申请人名称：

联系方式： 日期：

说明：你单位的申请已受理，经审核提供的申请资料，初步评估你单位符合我市基本医疗保险门诊特定病种服务资格资格条件，现定于 年 月 日到你单位进行现场考察和核验。

经办机构（盖章）

日期：

附件4：

## 一次性补全材料告知书

（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。

需要补全的有关材料：

请你单位将上述材料补全后于 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： 联系方式： ）

经办机构（盖章） 日期：

附件5：

## 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 | 不符合我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 的有关规定，不予通过 |
| 查询方式 | （经办机构联系方式） | | |
| 备注 |  | | |

申请人签名： 联系方式： 日期：

经办单位（盖章）： 日期：

备注：本告知书一式两份，一份交申请单位，一份存档备查。