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 |  | 医保编码 | |  | |
| 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 | | | | |
| 有效期限 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 上级医师签名 |  | 医院医保办  意见（盖章） | |  | |
| 参保人签名 |  | 参保人  联系电话 | |  | |
| 备注 |  | | | | |

说明：1.病情摘要须填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊资料；

2.项目构成必须符合医保政策有关规定。