附件3

《内蒙古自治区本级门诊特殊慢性病待遇认定申请表》

|  |
| --- |
| 待遇认定医疗机构名称： |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 年 龄 |   |
| 身份证号 |   | 联系方式 | 　 |
| 家庭住址 |   | 工作单位 | 　 |
| 申请病种名称 |   | 诊断科室 | 　 |
| 责任医师 |   |
| 申请日期 |   | 审批日期 |   |
| 购药定点名称 | 　 | 检查治疗定点名称 | 　 |
| 已享受慢性病待遇名称 |   |
| 简要病史、体格检查（阳性体征）、辅助检查、化验 |   |
|
|
|
| 治疗方案 |   责任医师签字（签章）：  年 月 日  |
|
|
| 医院医保部门意见 | 　 |
|  负责人签字： |
|  医院医保部门盖章： |
|                        年    月    日 |

注：1.本表一式两份，待遇认定医疗机构与门诊特殊慢性病参保人员各执一份； 2.参保人员申报时需提供以下申报材料：身份证、社会保障卡、疾病证明书、相关医疗文书（基因检测报告、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊（住院）病历、出院小结）； 3.血液透析、腹膜透析、癌症放化疗、器官移植四个病种，待遇认定医疗机构医保部门需填写购药及治疗定点名称；参保人员更换定点时，应在四个病种定点范围内进行变更。