乐山市基本医疗保险特殊疾病（H）门诊审批表

参保险种： □职工医保 □居民医保（□一档 □二档）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参  保  人  申  请 | 姓 名 |  | | 性别 |  | | 年龄 | | 岁 | （照片） |
| 单位或住址 |  | | | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 申报疾病 |  | | | | 拟诊医院 | |  | | |
| 病史陈述 |  | | | | | | | | |
| 承诺书 | 我自愿申请办理乐山市基本医疗保险特殊疾病门诊，已阅读了《乐山市基本医疗保险特殊疾病门诊管理办法》（乐医保发【2020】52号），所提供医保档案、身份证信息、艾滋病确认报告书等资料真实，自觉遵守乐山市基本医疗保险特殊疾病门诊管理的相关规定。  签字： 盖章：  申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 抗病  毒治  疗管  理办  公室  意见 | 审核意见 | 抗病毒治疗管理办公室负责人签字：  抗病毒治疗管理办公室（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 拟诊医院意见 | 管理意见 | 拟诊医院艾滋病治疗管理工作人员签字  拟诊医院（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 疾病预防控制中心意见 | 确认报告  情况 | 疾病预防控制中心性艾科经办人员签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见 | 疾病预防控制中心性艾科科长签字：  年 月 日  疾病预防控制中心（盖章）： | | | | | | | | |
| 医保  经办  机构  审批  意见 | 批准 | 病种 |  | | | | | | | |
| 报销  范围 | 1、全血细胞计数和分类，2、尿常规  3、肝、肾功能检查，4、胸部影像学检查，5、血脂检查 | | | | | | | |
| 未批准原因 | |  | | | | | | | |
| 审批日期 | | 年 月 日 （盖章） | | | | | | | |

说明：1、此表一式两份，双面打印；信息不得外泄，注意保密。

2、“参保人申请”栏目由申报人填写，其余栏目由拟诊医院、抗病毒治疗管理办公室、疾病预防控制中心和医保经办机构填写；

3、申报时请提供疾病预防控制中心、二级及以上医疗机构出具的与申报疾病的相关资料；

4、申报时附1寸标准照片2张；

5、申请人员从市医疗保障局批准当日起享受特殊门诊待遇。