附件

北京市医疗保险特殊病种备案申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | | 年龄 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 险种 | |  | | 选定就诊医院 | | | |  | | | | | 是否首次备案 | | 是 否 |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 医院意见 | 诊断 | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 确诊时间 | |  | | | 确诊医院 | | | |  | | | | | |
| 特殊病种手术 | | | | | 手术名称： | | | | | | | | | |
| 手术时间： | | | | | | | | | |
| 确诊诊断证明  医生签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗方案 | 1.恶性肿瘤门诊治疗 2.多发性硬化 3.眼底病变眼内注射治疗 单眼 双眼 | | | | | | | | | | | | | |
| 4.肾透析 | | 血透 | | | 腹透 | | | 5. 血友病 6.再生障碍性贫血 | | | | | |
| 7.重性精神病 8. 肺动脉高压靶向治疗 9.耐多药结核 10.C型尼曼匹克病 | | | | | | | | | | | | | |
| 11.中重度过敏性哮喘生物制剂治疗 12.特发性肺纤维化抗纤维化治疗 | | | | | | | | | | | | | |
| 术后服抗排异药物 | | 13.肾移植 | | | | 非定额 | |  | | 定额 | 定额生效日： 年 月 日 | | |
| 14.肝、肾联合移植 | | | | 非定额 | |  | | 定额 | 定额生效日： 年 月 日 | | |
| 15.肝移植 | | | | 定额生效日： 年 月 日 | | | | | | | |
| 16.心脏移植 | | | | 定额生效日： 年 月 日 | | | | | | | |
| 17.肺移植 | | | | 定额生效日： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医院医保办意见:  □ 同意本院备案 □ 同意本院治疗  经办人签字： 经办人签字：  定点医疗机构盖章 定点医疗机构盖章  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 同意备案  区经办人签字： 年 月 日 区经办机构盖章 | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.“险种”栏分别填写 “职工、居民、超转人员”等。

2.医院意见栏中“治疗方案”打勾进行对应选择即可。

3.此表由备案机构留存。如在本市医院完成备案，在“同意本院备案”栏内签字并盖章，由医院备案

后留存；需到区经办机构办理的，由医院在“同意本院治疗”栏内签字并盖章，由区经办机构留存。