济南市职工基本医疗保险门诊规定病种申请确认表

申报单位名称（章）： 申报单位所在行政区： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | | 性别 |  | | 人员类别 | | | □ 在职 □ 退休 | | | | **由申请人根据实际情况填写** |
| 公民身份证号码 | | | | (必须填写18位) | | | | | | | | | | | | |
| 参保人联系电话 | | | |  | | | | 是否异地 | | | □本市□异地安置□长驻外地 | | | | | |
| 申报单位名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 首次申请　□ | | | | 增加病种申请　□ | | | | 原门规证号 | | |  | | | | | |
| 申报病种代码 | | | | Ⅰ类 | |  | | Ⅱ类 |  | | | | | Ⅲ类 |  | |
| 病种代码说明 | Ⅰ类病种 | | A1 恶性肿瘤的治疗；  A2慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗；  A3器官移植患者的抗排异治疗（限心脏、肝、肺、肾、异体骨髓移植）；  A4精神病； | | | | | Ⅱ类病种 | | B1 慢性病毒性肝炎；B2 肝硬化；B3 再生障碍性贫血；B4 结核病；B5系统性红斑狼疮；B6 血液系统疾病（血友病、骨髓增生性疾病、骨髓增生异常综合征）；B7慢性肾衰竭（非尿毒症期）； | | | | | | |
| Ⅲ类病种 | | C1糖尿病（有心、脑、肾、眼并发症之一）；C2高血压（有心、脑、肾、眼并发症之一）；C3肺心病（并发右心衰竭）；C4冠心病（反复发作心绞痛或心肌梗塞）；C5脑出血、脑梗塞、脑栓塞（并发后遗症）；C6慢性心力衰竭；C7风湿性疾病（风湿热关节炎、类风湿关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、动脉炎、血管炎、过敏性紫癜、白塞病、强直性脊柱炎）；C8间质性肺疾病；C9重症肌无力；C10癫痫；C11 帕金森氏病及综合征；C12多发性硬化。 | | | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构（限一家） | | | | |  | | | | | | | 申请人签字 | | | |  |
| **鉴 定**  **专 家 意**  **见** | | **签 名：**  **年　　月 日** | | | | | | | | | | | | | | | **鉴 定**  **情**  **况** |
| **审核部门意见** | | **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：此表一式两份。 济南市社会保险事业局制 | | | | | | | | | | | | | | | | | |