**附件8**

**宿州市城乡居民特殊慢性病申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **身份证号码** |  |
| **社保卡号** |  | **居住地** |  | **联系电话** |  |
| **疾病名称** |  |
| **诊断依****据及治****疗方案** | **诊断依据：****治疗方案：****药品用量：****主治医生签名： 科主任签名：** **年　　月　　日** |
| **定点医疗机构意见** | **经办人：** **盖章： 年　　月　　日** |
| **医保经办机构意见** | **经办人 ： 盖章：** **年 月 日** |

**注：1、参保居民申请特殊疾病门诊报销待遇，需提供定点医疗机构诊断明确的病情资料：包括门诊病历（原始）（含治疗方案）、住院病历（含治疗方案）、相关阳性检查化验单及近期相关资料。**

**2、资料齐全且符合条件的，参保患者持《宿州市城乡居民基本医疗保险特殊慢性病审批表》经申请病种相关专家医生填写诊疗方案，经科室主任签字后交定点医疗机构医保管理科室组织专家审核并签字盖章。**

**3、定点医疗机构医保管理科室审批通过符合享受门诊特殊慢性病的参保居民，于5个工作日内将信息上报至医保经办机构确认，自审批确认之日起发生的门诊医疗费用方可报销。**

**4、该表一式三份，参保人、定点医疗机构和经办机构各持一份。**