**合肥市基本医疗保险门诊特殊病申请（年审）表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保类别（城镇职工医保□、城镇居民医保□） | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | | | | | | | | | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社保卡号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 是否退休 | | |  | 联系电话 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请定点服务机构 | *（请确认所选的定点机构具有服务能力，肿瘤病人可另外选择一家谈判药协议药店）* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请病种 | □高血压病 □冠心病 □心功能不全 □脑出血（脑梗死） □原发性肺动脉高压  □慢性阻塞性肺疾病 □支气管哮喘 □溃疡性结肠炎 □克罗恩病  □肝硬化 □慢性乙型病毒性肝炎 □慢性丙型病毒性肝炎□自身免疫性肝病  □糖尿病 □甲状腺功能亢进 □慢性肾脏病 □肾病综合征  □肾透析 □类风湿性关节炎 □系统性红斑狼疮 □强直性脊柱炎  □白塞氏病 □系统性硬化病 □重症肌无力 □运动神经元病  □多发性硬化 □癫痫 □帕金森病 □老年痴呆 □精神障碍  □结核病 □艾滋病机会感染 □湿性年龄相关性黄斑病变  □银屑病 □心脏瓣膜置换或血管支架植入术后 □器官移植术后  □儿童先天遗传类疾病 □小胖威利症 □肝豆状核变性 □小儿脑瘫  □血友病 □再生障碍性贫血 □慢性髓系白血病 □恶性肿瘤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专家鉴定意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用的主要药品和待遇享受期限 | 使用的主要药品：  待遇享受期限： □ 年 个月  □长期  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医保机构复核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |