附件1

基本医疗保险门诊特定病种服务资格

申请书

经办机构名称：

我单位定点医疗机构名称，（定点医疗机构代码： 地址： ），现按照政策规定及相关要求，提交《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》（见附件1）及相关资料，申请开展相应门诊特定病种服务资格，并承担一切相应的法律责任。

附件：1.基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表

2.医疗机构执业许可证正、副复印件（军队所属医疗机构应提供主管部门的相关文件）

3.（地级以上市医疗保障行政部门规定的材料）

（申请单位盖章）

年 月 日

（联系人： ，联系电话： ）

附件1

基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表

申请单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病种名称 | 申请资格 | |
| 诊断  （待遇认定） | 治疗 |
| 1 | 高血压病 | □ | □ |
| 2 | 糖尿病 | □ | □ |
| 3 | 冠心病 | □ | □ |
| 4 | 慢性心功能不全 | □ | □ |
| 5 | 脑血管疾病后遗症 | □ | □ |
| 6 | 帕金森病 | □ | □ |
| 7 | 癫痫 | □ | □ |
| 8 | 支气管哮喘 | □ | □ |
| 9 | 慢性阻塞性肺疾病 | □ | □ |
| 10 | 肺动脉高压 | □ | □ |
| 11 | 肝硬化（失代偿期） | □ | □ |
| 12 | 慢性乙型肝炎 | □ | □ |
| 13 | 丙型肝炎（HCV RNA阳性） | □ | □ |
| 14 | 艾滋病 | □ | □ |
| 15 | 活动性肺结核 | □ | □ |
| 16 | 耐多药肺结核 | □ | □ |
| 17 | 类风湿关节炎 | □ | □ |
| 18 | 强直性脊柱炎 | □ | □ |
| 19 | 多发性硬化 | □ | □ |
| 20 | 骨髓纤维化 | □ | □ |
| 21 | 系统性红斑狼疮 | □ | □ |
| 22 | 再生障碍性贫血 | □ | □ |
| 23 | 骨髓增生异常综合症 | □ | □ |
| 24 | 血友病 | □ | □ |
| 25 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血） | □ | □ |
| 26 | C型尼曼匹克病 | □ | □ |
| 27 | 肢端肥大症 | □ | □ |
| 28 | 银屑病 | □ | □ |
| 29 | 克罗恩病 | □ | □ |
| 30 | 溃疡性结肠炎 | □ | □ |
| 31 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | □ | □ |
| 32 | 糖尿病黄斑水肿 | □ | □ |
| 33 | 脉络膜新生血管 | □ | □ |
| 34 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿 | □ | □ |
| 35 | 精神分裂症 | □ | □ |
| 36 | 分裂情感性障碍 | □ | □ |
| 37 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | □ | □ |
| 38 | 双相（情感）障碍 | □ | □ |
| 39 | 癫痫所致精神障碍 | □ | □ |
| 40 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | □ | □ |
| 41 | 心脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 42 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 43 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 44 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 45 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | □ | □ |
| 46 | 慢性肾功能不全（非透析治疗） | □ | □ |
| 47 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | □ | □ |
| 48 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | □ | □ |
| 49 | 恶性肿瘤（非放化疗） | □ | □ |
| 50 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗） | □ | □ |
| 51 | 恶性肿瘤（放疗） | □ | □ |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗 | □ | □ |

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”中画“√”。