附件6

门诊特定病种待遇认定表

认定机构（医疗机构）名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证件号码 |  | 人员类别 | □职工医保 |
| □城乡居民医保 |
| 申请科室 |  | 科室电话 |  |
| 门特病种名称 |  | 医保病种代码 |  |
| 病情摘要及诊断 | 患者病史（或手术史）： |
|  |
|  |
| 疾病诊断： |
|  |
| 医师签名： 年 月 日 |
| 诊疗方案及项目构成 | 用药方案： |
|  |
| 治疗方案： |
|  |
| 检查项目： |
|  |
| 医师签名： 年 月 日 |
| 待遇有效期限 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 认定备案机构 | 经办机构（盖章） 年 月 日 |
| 联系方式 | 经办机构咨询电话： |
| 备注 |  |

说明：1.首次申请待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定认定信息上传医

保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

2.参保人员，应在相应门特病种待遇认定有效期满前30日内，申 请办理续期。定点医疗机构应规定办理后，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。