附件

北京市医疗保险特殊病种备案申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  |
| 险种 |  | 选定就诊医院 |  | 是否首次备案 | 是 否 |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 医院意见 | 诊断 | 1 |
| 2 |
| 确诊时间 |  | 确诊医院 |  |
| 特殊病种手术 | 手术名称： |
| 手术时间： |
| 确诊诊断证明医生签字： 年 月 日 |
| 治疗方案 | 1.恶性肿瘤门诊治疗 2.多发性硬化 3.眼底病变眼内注射治疗 单眼 双眼 |
| 4.肾透析 | 血透 | 腹透 | 5. 血友病 6.再生障碍性贫血 |
| 7.重性精神病 8. 肺动脉高压靶向治疗 9.耐多药结核 10.C型尼曼匹克病  |
| 11.中重度过敏性哮喘生物制剂治疗 12.特发性肺纤维化抗纤维化治疗 |
| 术后服抗排异药物 | 13.肾移植 | 非定额 |  | 定额 | 定额生效日：年 月 日 |
| 14.肝、肾联合移植 | 非定额 |  | 定额 | 定额生效日：年 月 日 |
| 15.肝移植 | 定额生效日： 年 月 日 |
| 16.心脏移植 | 定额生效日： 年 月 日 |
| 17.肺移植 | 定额生效日： 年 月 日 |
| 医院医保办意见:□ 同意本院备案 □ 同意本院治疗经办人签字： 经办人签字：定点医疗机构盖章 定点医疗机构盖章年 月 日 年 月 日 |
| 申请人签字： 年 月 日 |
| □ 同意备案 区经办人签字： 年 月 日 区经办机构盖章 |

注：1.“险种”栏分别填写 “职工、居民、超转人员”等。

2.医院意见栏中“治疗方案”打勾进行对应选择即可。

3.此表由备案机构留存。如在本市医院完成备案，在“同意本院备案”栏内签字并盖章，由医院备案

后留存；需到区经办机构办理的，由医院在“同意本院治疗”栏内签字并盖章，由区经办机构留存。