附件4：

河源市城乡居民基本医疗保险门诊特定病种申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码  （社会保障卡号） |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 申请病种 |  | | | 同时符合条件的  其他病种 |  |
| 病  情  摘  要 | 科室： 医师签名： 年 月 日 | | | | |
| 医  务  科  意  见 | 签名： （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 审  核  意  见 | 经审核，符合 特定病种条件，年度限额为：  元（大写： 万 千 佰 拾 元）。  经办： 审核： 审批： （盖章）  年 月 日 | | | | |

说明：1. 申请时需提供二级以上医保定点医疗机构的疾病诊断书和相关的检查检验报告单。

2. 病情摘要和医务科意见由二级以上定点医院填写，并由诊断医院的2名副主任医师职称以上医师在病情摘要栏上同时签名，医务科加盖公章。

3. 在年度限额内，按基本医疗保险和特殊病种有关规定报销。

河源市城乡居民基本医疗保险门诊特定病种目录及年度限额标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **病种** | | **支付限额** |
| 1 | 恶性  肿瘤 | 乳腺癌内分泌治疗 | 20000元/年 |
| 放、化疗治疗 | 25万元/年 |
| 白血病、胃肠间质瘤 | 70000元/年 |
| 2 | 慢性肾功能衰竭（尿毒症透析治疗） | | 25万元/年 |
| 3 | 珠蛋白生成障碍（地贫或海洋性贫血） | | 36000元/年 |
| 4 | 血友病 | | 50000元/年 |
| 5 | 慢性病毒性丙型肝炎（活动期） | | 30000元/年 |
| 6 | 肾脏、心脏、肝脏移植术及骨髓移植术后（抗排异反应治疗） | | 25万元/年 |
| 7 | 高血压病（Ⅱ期及以上） | | 1200元/年 |
| 8 | 再生障碍性贫血 | | 4000元/年 |
| 9 | 精神障碍性病症 | | 4000元/年 |
| 10 | 艾滋病 | | 4000元/年 |
| 11 | 恶性肿瘤（非放、化疗治疗） | | 6000元/年 |
| 12 | 慢性肾功能衰竭（尿毒症非透析治疗） | | 3600元/年 |
| 13 | 冠心病 | | 1200元/年 |
| 14 | 慢性心功能不全Ⅱ级以上 | | 1200元/年 |
| 15 | 肝硬化（失代偿期） | | 1200元/年 |
| 16 | 慢性病毒性乙型肝炎（活动期） | | 1200元/年 |
| 17 | 中度及中度以上慢性阻塞性肺疾病 | | 1200元/年 |
| 18 | 重症糖尿病 | | 1200元/年 |
| 19 | 中风后遗症 | | 1200元/年 |
| 20 | 帕金森病 | | 1200元/年 |
| 21 | 系统红斑狼疮 | | 1200元/年 |
| 22 | 类风湿性关节炎 | | 1200元/年 |
| 23 | 肺结核（活动期） | | 1200元/年 |
| 24 | 脑血管疾病（脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、脑栓塞） | | 1200元/年 |
| 25 | 脑障碍性病变后遗症 | | 1200元/年 |
| 26 | 癫痫 | | 1200元/年 |
| 27 | 白内障（手术） | | 1000元/次 |
| 28 | 泌尿系统结石（体外碎石治疗） | | 1000元/次 |

备注：白血病、胃肠间质瘤患者，前3个月费用由医疗保险基金按规定支付，后9个月由上海诺华贸易有限公司援助（粤人社函〔2015〕1361号）