

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,医务科加盖分章。

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 目录及医疗费用补偿标准

序号	病种	支付限额	支付比例
1	恶性肿瘤(放、化疗治疗)	不设上限	按住院报销比例支付
2	慢性肾功能衰竭(尿毒症透析治疗)	不设上限	
3	珠蛋白生成障碍(地贫或海洋性贫血)	36000元/年	
4	再生障碍性贫血	60000元/年	
5	血友病	60000元/年	
6	慢性病毒性丙型肝炎(活动期)	42000元/年	
7	精神障碍性病症	60000元/年	
8	器官移植术后(抗排异反应治疗)	66000元/年	
9	艾滋病	60000元/年	
10	恶性肿瘤(非放、化疗治疗)	6000元/年	按普通门诊报销比例支付
11	慢性肾功能衰竭(尿毒症非透析治疗)	3600元/年	
12	高血压(Ⅱ期及以上)	1200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	

备注：在省内医疗保险定点的医疗机构就诊的急诊留院观察（急病就诊、情况危急、原因待查，需要留院观察）项目参照门诊特定病种管理，按住院报销比例报销。