附件1

广州市社会医疗保险门诊特定病种申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 医疗保险卡号/身份证号 |  |
| 参保类别 | □广州职工医保□广州居民医保□市直医保□增城区属医保 |
| 所在科室 |  | 科室电话 |  |
| 门特类别 |  | 疾病名称 |  |
| 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（一类门特无需填写） | 用药方案： |
| 治疗方案： |
| 检查项目： |
| 医师签名： 年 月 日 |
| 有效期限 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 专科副主任以上医师签名 |  | 医保办意见（盖章） | 同意 |
| 参保人或家属签名 |  | 参保人或家属联系电话 |  |
| 备注 | 本人同意选定该医院作为本人二类门特就诊医院。 |

说明：1.病情摘要须填写主诉、现病史、体格检查、辅助检查等确诊资料；2.项目构成必须符合医疗保险有关规定，医疗机构不得将规定范围以外的检查、治疗、用药等项目列入预算；3.二类门特的分裂情感性障碍、精神发育迟滞、精神分裂症、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍治疗不受选点限制。

（广州市直医保和增城区属医保的二类门特需所属单位在系统上确认后才能生效。）

附件2

广州市社会医疗保险门诊特定病种范围、最高支付限额标准及审核确认有效期

