省直医疗保险门诊大病资格备案确认表（驻济联网人员）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | | |  | | 身份证号 | |  | | |
| 参保人联系电话 |  | | 通讯地址 | | | | |  | | | |
| 单位名称 |  | | | | | 联系人及电话 | | | |  | |
| 首次申请 □ | | | | | | 增加病种申请 □ | | | | | |
| 病种名称 | □恶性肿瘤的放化疗及相关治疗  疾病诊断：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| □尿毒症患者透析治疗 | | | | | | | | | | |
| □器官移植后抗排异治疗 | | | | | | | | | | |
| □精神病  □黄斑病变（老年黄斑变性）  □多发性硬化症 | | | | | | | | | | |
| 申请人签字 |  | | | 经治医生签字 | | | | | | |  |
| 医院医保办意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 本表一式两份，协议管理医疗机构留存一份，省社保局（传真82920229）一份。 | | | | | | | | | | | |

备案日期： 备案编号：

省直医疗保险门诊大病名称、准入条件及医保支付范围

1.恶性肿瘤放化疗及相关治疗：需提供病理检查报告单。无病理报告的需提供明确的临床诊断，明确支持诊断的实验室检查及其他相关检查检验报告和主治医师出具的治疗方案。对高度怀疑恶性肿瘤的并在临床中按恶性肿瘤放化疗治疗（三级或专科医疗机构出具相关治疗方案）的患者，参照门诊大病的管理规定执行。

2.尿毒症患者透析治疗：需提供诊断证明、近期符合透析条件的肾功能检查化验报告等。

3.器官移植后抗排异治疗：需提供诊断证明及手术记录。

4.精神病：需提供精神病专科医院（省、市精神卫生中心）出具的诊断证明及治疗记录等。对由器质性病变（如脑萎缩、脑外伤、癫痫等）导致的精神病（精神障碍）纳入门诊大病管理，此类患者治疗精神障碍及相关诊疗项目按门诊大病规定支付，其他治疗费用按普通门诊支付。

5.黄斑病变：50岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者，需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师诊断，病眼基线矫正视力0.05-0.5，使用雷珠单抗、康柏西普眼内注射治疗黄斑病变（限老年黄斑变性）时，申请参照门诊大病规定支付，初次申请需有血管造影及OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据，未事前申请的医保不予支付；每个年度最多支付4支，每眼累计最多支付9支。

6.多发性硬化症：常规治疗无效，需使用重组人干扰素β-1b治疗的多发性硬化患者。

以上需提供证明等，协议管理医疗机构HIS系统已经记录的，申请人可不再重复提供。