附件

甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 工作单位（职工） |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 身份证号 |  | | | 社保卡号 |  |
| 原申报病种 |  | | 新变更病种 |  | |
| 病历摘要  及临床指征 | 主管医师签字：  年 月 日 | | | | |
| 专家审核  意见 | 专家签字：  年 月 日 | | | | |
| 专家组组长  复审意见 | 专家签字：  年 月 日 | | | | |
| 审核认定  结果 | 审核认定医院医保办盖章  年 月 日 | | | | |

注：除血友病、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤（放化疗）、白血病门诊治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症、器官移植抗排异治疗、血液透析和腹膜透析等10个病种外，其余病种本年度内已产生费用的不予变更；本年度内未产生费用的门诊慢特病病种可做变更。