附件4：

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务

资格申请书

：

我单位 （医疗机构代码： 地址： ），现按照政策规定及相关要求，提交《湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》（见附表）及相关资料，申请开展相应门诊特定病种服务资格，并承担一切相应的法律责任。

联系人： ，联系电话：

附表： 1.湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表；

2.医疗机构执业许可证正、副本复印件（军队所属医疗机构应提供主管部门的相关文件）；

3.医疗机构医护药技人员基本情况一览表、卫生人员的执业证书复印件、职称资格证书复印件；

4.全体员工申报上个月的城镇职工社会保险费电子转账专用完税证明或通用缴款书（全体员工参加社会保险的缴费凭证）；

5.其他资料。

申请单位（盖章）： 法人代表签名：

年 月 日

附表：

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务

资格申请表

申请单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病种名称 | 申请资格 | |
| 诊断 （待遇认定） | 治疗 |
| 1 | 高血压病 | □ | □ |
| 2 | 糖尿病 | □ | □ |
| 3 | 冠心病 | □ | □ |
| 4 | 慢性心功能不全 | □ | □ |
| 5 | 脑血管疾病后遗症 | □ | □ |
| 6 | 帕金森病 | □ | □ |
| 7 | 癫痫 | □ | □ |
| 8 | 支气管哮喘 | □ | □ |
| 9 | 慢性阻塞性肺疾病 | □ | □ |
| 10 | 肺动脉高压 | □ | □ |
| 11 | 肝硬化（失代偿期） | □ | □ |
| 12 | 慢性乙型肝炎 | □ | □ |
| 13 | 丙型肝炎（HCV RNA阳性） | □ | □ |
| 14 | 艾滋病 | □ | □ |
| 15 | 活动性肺结核 | □ | □ |
| 16 | 耐多药肺结核 | □ | □ |
| 17 | 类风湿关节炎 | □ | □ |
| 18 | 强直性脊柱炎 | □ | □ |
| 19 | 多发性硬化 | □ | □ |
| 20 | 骨髓纤维化 | □ | □ |
| 21 | 系统性红斑狼疮 | □ | □ |
| 22 | 再生障碍性贫血 | □ | □ |
| 23 | 骨髓增生异常综合症 | □ | □ |
| 24 | 血友病 | □ | □ |
| 25 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血） | □ | □ |
| 26 | C型尼曼匹克病 | □ | □ |
| 27 | 肢端肥大症 | □ | □ |
| 28 | 银屑病 | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病种名称 | 申请资格 | |
| 诊断 （待遇认定） | 治疗 |
| 29 | 克罗思病 | □ | □ |
| 30 | 溃疡性结肠炎 | □ | □ |
| 31 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | □ | □ |
| 32 | 糖尿病黄斑水肿 | □ | □ |
| 33 | 脉络膜新生血管 | □ | □ |
| 34 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿 | □ | □ |
| 35 | 精神分裂症 | □ | □ |
| 36 | 分裂情感性障碍 | □ | □ |
| 37 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | □ | □ |
| 38 | 双相（情感）障碍 | □ | □ |
| 39 | 癫痫所致精神障碍 | □ | □ |
| 40 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | □ | □ |
| 41 | 心脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 42 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 43 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 44 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 45 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | □ | □ |
| 46 | 慢性肾功能不全（非透析治疗） | □ | □ |
| 47 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | □ | □ |
| 48 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | □ | □ |
| 49 | 恶性肿瘤（非放化疗） | □ | □ |
| 50 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物，内分泌治疗） | □ | □ |
| 51 | 恶性肿瘤（放疗） | □ | □ |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗 | □ | □ |
| 53 | 肝硬化（代偿期） | □ | □ |
| 54 | 甲状腺功能亢进症（放射治疗） | □ | □ |
| 55 | 躁狂症 | □ | □ |
| 56 | 慢性肾小球肾炎 | □ | □ |
| 57 | 白内障（门诊手术） | □ | □ |

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”中画“”。