

附件

北京市医疗保险特殊病种备案申报表

姓名		性别		年龄		身份证号码		
险种		选定就诊医院				是否首次备案	是 否	
工作单位					联系电话			
医院意见	诊断		1					
			2					
	确诊时间		确诊医院					
	特殊病种手术		手术名称：					
			手术时间：					
	确诊诊断证明							
	医生签字： 年 月 日							
	治疗方案	1. 恶性肿瘤门诊治疗		2. 多发性硬化		3. 黄斑变性眼内注射治疗		单眼 双眼
		4. 肾透析	血透	腹透	5. 血友病		6. 再生障碍性贫血	
		术后服抗排异药物	7. 肾移植	非定额		定额	定额生效日： 年 月 日	
			8. 肝、肾联合移植	非定额		定额	定额生效日： 年 月 日	
			9. 肝移植					定额生效日： 年 月 日
			10. 心脏移植					定额生效日： 年 月 日
			11. 肺移植					定额生效日： 年 月 日
	医院医保办意见：							
<input type="checkbox"/> 同意本院备案			<input type="checkbox"/> 同意本院治疗					
经办人签字：			经办人签字：					
定点医疗机构盖章			定点医疗机构盖章					
年 月 日			年 月 日					
申请人签字： 年 月 日								
<input type="checkbox"/> 同意备案								
区经办人签字：			年 月 日		区经办机构盖章			

注：1. “险种”栏分别填写“职工、居民、超转人员”等。

2. 医院意见栏中“治疗方案”打勾进行对应选择即可。

3. 此表由备案机构留存。如在本市医院完成备案，在“同意本院备案”栏内签字并盖章，由医院备案后留存；异地安置或长期派驻外地工作人员选择异地医院需到区经办机构办理的，由异地医院在“同意本院治疗”栏内签字并盖章，由区经办机构留存。