广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表

**申报医疗机构名称：** 医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 联系电话 |   |
| 参保地 |  □自治区本级  □ 市 县（市/区）  | 身份证号码 |  |
| 险种 | □城镇职工（□在职、□退休） □城乡居民 |
| 慢性病病种(每份申报表勾选一个病种) | □M04600冠心病 | □M04300慢性充血性心衰 | □M03900高血压（高危组） |
| □M01600糖尿病 | □M02301帕金森氏综合征 | □M04803脑血管病后遗症期 |
| □M07700肾病综合征 | □M07101系统性红斑狼疮 | □M00210 慢性肝炎治疗巩固期 |
| □M06200肝硬化 | □M04100肺源性心脏病 | □M01701 甲状腺功能减退症 |
| □M04401心房颤动 | □M03802风湿性心脏病 | □M01103重型和中间型地中海贫血 |
| □M02500癫痫 | □M07200 强直性脊柱炎 | □M01702 甲状腺功能亢进症 |
| □M06700银屑病 | □M03200重症肌无力 | □M07800慢性肾功能不全（非肾透析） |
| □M02601脑瘫 | □M00101 耐药性结核病 | □M01501 原发性免疫性血小板减少症 |
| □M07801肾透析 | □M00111 结核（活动期） | □M00500恶性肿瘤门诊治疗 |
| □M01200血友病 | □M02202抑郁症（限重度） | □M05300慢性阻塞性肺疾病 |
| □M04000肺动脉高压 | □M02400 阿尔茨海默病 | □M08300器官移植抗排异治疗 |
| □M00300 艾滋病 | □M06900 类风湿关节炎 | □M01102 再生障碍性贫血 |
| □M05400 支气管哮喘（限中度及以上） | □M02109 严重精神障碍（含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍） |
| 以下病种仅限居民申报：□M03913高血压（非高危组） |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。 承诺人： 年 月 日 |
| 临床医师意见：经治医师： 主任（副）医师：年 月 日 年 月 日 |
| 申报定点医疗机构意见：（盖章）年 月 日 |

说明：每张申报表只可填写一个病种，申报多个不同病种须分别提供不同病种的申报材料并填写相应申报表。

申请表（填写示范文本）

广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表

**申报医疗机构名称：** XXX 医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三  | 性别 | 男  | 年龄 | 65  | 联系电话 | 138XXXXXXXX  |
| 参保地 |  ☑自治区本级  □ 市 县（市/区）  | 身份证号码 | 45010XXXXXXXXXXXXX |
| 险种 | ☑城镇职工（□在职、☑退休） □城乡居民 |
| 慢性病病种(每份申报表勾选一个病种) | ☑M04600冠心病 | □M04300慢性充血性心衰 | □M03900高血压（高危组） |
| □M01600糖尿病 | □M02301帕金森氏综合征 | □M04803脑血管病后遗症期 |
| □M07700肾病综合征 | □M07101系统性红斑狼疮 | □M00210 慢性肝炎治疗巩固期 |
| □M06200肝硬化 | □M04100肺源性心脏病 | □M01701 甲状腺功能减退症 |
| □M04401心房颤动 | □M03802风湿性心脏病 | □M01103重型和中间型地中海贫血 |
| □M02500癫痫 | □M07200 强直性脊柱炎 | □M01702 甲状腺功能亢进症 |
| □M06700银屑病 | □M03200重症肌无力 | □M07800慢性肾功能不全（非肾透析） |
| □M02601脑瘫 | □M00101 耐药性结核病 | □M01501 原发性免疫性血小板减少症 |
| □M07801肾透析 | □M00111 结核（活动期） | □M00500恶性肿瘤门诊治疗 |
| □M01200血友病 | □M02202抑郁症（限重度） | □M05300慢性阻塞性肺疾病 |
| □M04000肺动脉高压 | □M02400 阿尔茨海默病 | □M08300器官移植抗排异治疗 |
| □M00300 艾滋病 | □M06900 类风湿关节炎 | □M01102 再生障碍性贫血 |
| □M05400 支气管哮喘（限中度及以上） | □M02109 严重精神障碍（含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍） |
| 以下病种仅限居民申报：□M03913高血压（非高危组） |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。 承诺人：张三（手写签名） 年 月 日 |
| 临床医师意见：（医生填写）经治医师：李四 主任（副）医师：王五年 月 日 年 月 日 |
| 申报定点医疗机构意见：（盖章）年 月 日 |

说明：每张申报表只可填写一个病种，申报多个不同病种须分别提供不同病种的申报材料并填写相应申报表。

门诊特殊慢性病治疗卡

（样本）



授权委托书

**委托人姓名： 性别： 身份证：**

**电话：**

**受委托人姓名： 性别： 身份证：**

**电话：**

**本人因 原因，不能亲自办理 相关手续，特委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**受委托人签名 ： （按手印） 年 月 日**

**备注：须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

授权委托书

（填写示范文本）

**委托人姓名：张三 性别：男 身份证：4501231972XXXXXXX 电话：136XXXXXXXX**

**受委托人姓名：李四 性别：男 身份证：4501231989XXXXXXXX 电话：138XXXXXXXX**

**本人因 身体原因 ，不能亲自办理 门诊特殊慢性病待遇资格认定相关手续，特委托 李四 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受委托人在办理上述事项过程中所签署的有关材料，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。**

**委托有效期限：从该委托事项受理之日起至办结之日止。**

**委托人签名 ： 张三 （按手印） 202X 年 X 月 X 日**

**受委托人签名 ： 李四 （按手印） 202X 年 X 月 X 日**

**备注： 须携带受委托人身份证原件或复印件一份**

常见错误示例

1.《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》本人、经治医师、主任（副）医师未签字，医院未盖章。

2.申请表中勾选的病种与实际病史资料病种不同。

3.申报材料不全。

常见问题解答

1.问：异地就医人员如何申报门诊特殊慢性病待遇？

答：可在广西壮族自治区医保网上服务大厅下载或到医保中心受理处领取《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》，参保人员填写申请理由，异地就医确诊的医疗机构经治医生填写意见，医疗机构盖章；参保人员本人或代办人将《申报表》和申报病种所需材料（可为异地就医确诊的医院出具的检查报告及病历资料）交到参保地医保经办机构服务窗口或在网厅、APP、微信公众号申报；参保地医保经办机构工作人员组织鉴定专家评审；根据鉴定专家评审意见认定享受待遇资格，短信通知参保人员认定结果；评审通过的，参保人员到交材料所在地领取门诊特殊慢性病治疗卡。

2.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答:自医保信息系统登记时间开始20个工作日内办结。